

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

TROIS CAS D'EMPYÈME DU SINUS FRONTAL

par **H. RIPAUT**, interne des Hôpitaux.

Nous avons eu récemment l'occasion d'opérer dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Gouguenheim, trois cas de sinusite frontale ; ce sont les observations de ces malades que nous présentons ici, nous permettant de les accompagner de quelques réflexions que ces faits nous ont suggérées.

Obs. 1. — Fr. employé, 44 ans.

Dans les antécédents héréditaires, nous relevons ce fait que la mère est morte avec une fistule occupant le rebord orbitaire droit.

Notre malade se fit enlever un polype nasal dans la narine droite à l'âge de 35 ans ; ce polype récidiva et fut opéré plusieurs fois ; obstruction nasale, céphalées intermittentes ; il y a 4 ans le malade observa qu'il mouchait du pus, non fétide.

Le 19 novembre 1893, il fut pris brusquement de plusieurs crises nerveuses consécutives, avec convulsions, surtout du côté droit du corps ; son médecin traitant le considéra comme épileptique, et le soumit, sans grands résultats, à la médication bromurée.

Les crises le reprirent ensuite à diverses reprises ; il avait en même temps des vertiges, et, suivant son dire, marchait dans la rue comme un homme ivre, au point qu'il n'osait sortir.

Il se fit alors soigner dans une clinique, où on lui extirpa « des morceaux de chair, » qui le firent beaucoup saigner, et soulagèrent ses maux de tête.

Le 25 décembre 94, il fut pris d'une crise si violente qu'il en perdit connaissance pendant plus de 2 heures ; les vertiges et les douleurs le décidèrent alors à venir consulter à Lariboisière.

A l'examen, nous trouvâmes du pus en abondance dans le méat moyen, à la rhinoscopie antérieure et postérieure ; des masses polypoides, fongueuses, remplissaient en partie ce méat ; leur extirpation à l'anse et à la curette ne procura au malade qu'un soulagement médiocre.

A l'éclairage électrique, nous observâmes à droite une obscurité très évidente ; mais rien dans la région du sinus frontal, quelque soin que nous mîmes à cette recherche ; la région sus orbitaire, d'apparence normale, était, d'autre part, indolore à la pression et à la percussion.

Cependant, plusieurs fois le malade avait observé une lourdeur et une faiblesse de la paupière supérieure, qui s'était accompagnée d'une enflure ayant rapidement disparu sans laisser de trace.

La première molaire droite cariée est extraite ; à l'aide du perforateur de M. Gouguenheim nous pénétrons dans le sinus et évacuons du pus en assez grande abondance.

Mais, fait très curieux, le malade, doué d'une sensibilité toute spéciale, de son maxillaire, ne put supporter le port d'aucune canule ; il la retira et l'orifice se referma.

Nous lui fîmes alors, sur sa demande, l'ouverture canine et curettâmes le sinus qui fut bourré à la gaze iodoformée ; au bout d'un mois, aucune trace de suppuration, nous laissons la fistule se fermer.

Mais il existait toujours du pus dans le méat moyen et le malade se plaignait de névralgies frontales et de vertiges.

Nous pratiquâmes alors une large trépanation par la paroi antérieure du sinus frontal ; à l'aide de curettes nous raclâmes toute la surface du sinus avec soin, fîmes une irrigation au sublimé, puis badigeonnâmes au chlorure de zinc à 1.40 ; le canal fronto nasal fut frictionné également avec la même solution, puis un gros drain établit la communication entre les fosses nasales et la plaie extérieure.

L'opération ne fut suivie d'aucune réaction ; au bout de 3 jours nous fîmes une irrigation dans le sinus par le drain ; l'eau ressortit claire ; au bout de 10 jours nous retirâmes le drain, et 18 jours ensuite le malade sortit, sans aucune trace de suppuration dans le méat moyen.

Céphalées, vertiges et crises épileptiformes ont disparu ; et cet état excellent s'est maintenu depuis plusieurs mois ; le malade vient de repartir dans son pays.

obs. II. — Delaf. 66 ans, ménagère.

Malade douée d'une excellente santé, mais depuis nombre d'années sujette à de violentes migraines, surtout prononcées à droite ; pas de coryzas.

Il y a 2 ans environ, les maux de tête s'accrurent ; l'œil s'injecta ; la paupière supérieure s'œdématisa ; l'œil était en même temps plus saillant, la vision se supprima peu à peu.

Un abcès s'ouvrit un jour, puis se ferma rapidement. Une nouvelle poussée fut suivie d'un nouvel écoulement de pus ; la tête resta endolorie.

La malade vint alors nous trouver, se croyant atteinte d'une cataracte dont elle demandait à être opérée.

A l'examen de la malade, nous ne trouvâmes pas de cataracte, mais une atrophie complète de la papille ; nettement, en dehors, du milieu de l'arcade orbitaire, on pouvait voir un petit orifice adhérent à l'os, en cul de poule, par où ne suintait qu'un liquide séro purulent insignifiant ; le stylet s'arrêtait aussitôt sur l'os.

Aucun écoulement nasal ; cornet et méat moyens normaux.

En présence de la fistule, malgré son siège externe, et l'absence de tout signe nasal, malgré des réponses extrêmement confuses (l'histoire de la malade n'a été débrouillée que par un long et minutieux interrogatoire post-opératoire de M. Sellerier, externe du service) ; nous portâmes le diagnostic de sinusite frontale, et fîmes la trépanation antérieure.

Nous tombâmes dans un sinus immense : 7 centimètres transversalement sur 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur, rempli de pus et surtout d'énormes masses fongueuses qui obstruaient évidemment le canal nasal et empêchaient les manifestations nasales de la sinusite de se produire ; curettage très étendu par une large ouverture ; drainage, après friction énergique au chlorure de zinc.

Fait intéressant, sur la paroi inférieure existait une perte de substance arrondie, du diamètre d'une pièce de 50 centimes ; et malgré la présence de ce pus et de ces fongosités au contact du tissu cellulaire de l'orbite, pas de phlegmon orbitaire depuis plusieurs mois ; il s'était créé à ce niveau un amas de tissu cicatriciel qui isolait le sinus, largement ouvert, du contenu de l'orbite.

Les suites de l'opération furent très bonnes ; mais il subsista pendant 5 semaines une suppuration appréciable ; nous en vîmes à bout cependant, et d'une façon complète, en faisant avec précaution des injections dans le sinus avec une solution de chlorure

de zinc à 1/30, la malade penchant fortement la tête sur l'épaule droite ; au bout de quelques minutes, une irrigation boriquée entraînait l'excès du caustique. Au bout de cinq semaines, la malade quittait l'hôpital dans un état absolument satisfaisant ; nous avons récemment appris par ses enfants que cet état s'était maintenu jusqu'à ce jour (fin août).

obs. III. — Pe. 57, manœuvre.

Ce malade, atteint depuis plusieurs mois d'une obstruction totale de la narine droite alla consulter dans une clinique où on l'opéra ; il négligea toute précaution, fut pris un beau jour de frissons intenses, souffrit atrocement du front, surtout à droite, moucha du pus en quantité ; puis un abcès se forma au grand angle de l'œil droit et s'ouvrit, laissant un trajet fistuleux.

Au bout de 15 jours, l'état général et l'état local ne s'améliorant pas, il entra à l'hôpital.

Nous trouvâmes à l'examen la fosse nasale droite remplie par une tumeur assez ferme et vasculaire déjà morcelée, baignant dans le pus ; l'examen de quelques fragments retirés à l'anse montra à notre collègue Mignot qu'il s'agissait d'un sarcome.

À l'angle interne de l'orbite existaient 2 fistules profondes, par lesquelles le stylet tombait sur un os dénudé ; le globe oculaire était en exorbitisme infero-externe très marqué ; la paupière supérieure énormément infiltrée.

Température élevée, état général mauvais.

La trépanation fut faite avec toute l'antisepsie possible ; drainage par le canal fronto-nasal, et drainage orbitaire.

La température tomba ; les douleurs diminuèrent considérablement ; la tuméfaction orbitaire s'affaissa en partie ; et nous concevions déjà quelque espoir quand, le 5^{me} jour, la température monta brusquement à 40 environ ; le pouls s'accéléra, des vomissements et des convulsions apparurent ; le malade tomba dans le coma, et succomba le 17^{me} jour qui suivit l'intervention.

À l'autopsie on trouva le sinus droit en bon état ; le sinus gauche contenant une cuillère de pus qui avait fusé par une petite perforation de la cloison inter sinusienne, sans que rien n'indiquât la participation du second sinus à l'infection ; la paroi postérieure du sinus était saine ; mais l'orbite infiltrée de pus jusqu'au trou optique ; sur la convexité du cerveau, une large nappe de pus, avec des exsudats méningitiques presque généralisés sur tout le lobe fronto-pariétal.

L'examen bactériologique du pus a été négligé, pour des circonstances indépendantes de notre volonté.

Réflexions sur les sinusites frontales.

I. — Dans ces trois cas, la sinusite siégeait à droite ; il en a été constamment de même dans plusieurs autres cas observés soit dans le service de M. Gouguenheim, soit aux Quinze-Vingts ; des communications orales de M. Gellé et de quelques autres spécialistes, il résulte que la lésion siège presque constamment à droite ; les cas de sinusite frontale gauche sont relativement fort rares ; il y a évidemment là plus qu'une coïncidence ; le Dr Luc a déjà insisté sur ce fait très curieux.

Toutes les fois donc où un écoulement purulent se fera par la narine droite, il faudra penser au sinus frontal, et se souvenir que quand même le sinus maxillaire est atteint, le sinus frontal peut fort bien l'être aussi ; cette recherche aura une importance moindre pour la narine gauche.

Toutes les fois où un malade se plaint de migraines, de névralgies du côté droit de la face, dont la cause échappera, il faudra porter ses investigations vers le sinus frontal.

II. — Nous avons insisté sur les vertiges et *crises épileptiformes* accompagnant certaines sinusites frontales, et cessant radicalement après le traitement ; ce sont là, croyons-nous, des symptômes assez peu habituels.

La pression énergique sur la région du sinus, surtout sur sa paroi inférieure, a constamment éveillé de la douleur ou tout au moins une sensibilité marquée dans tous les cas d'empyème où nous l'avons recherchée avec insistance ; la déformation apparente, même à l'examen comparatif, nous a semblé par contre peu fréquente, même sur la paroi orbitaire.

L'éclairage par transparence avec une toute petite lampe, contrairement à ce que nous avons vu souvent pour les sinusites maxillaires, ne nous a pas fourni le moindre renseignement utile.

Dans la plupart des sinusites frontales, le pus siège dans la partie antérieure du méat moyen. Chez le malade I, après lavage

du sinus maxillaire, nous trouvions toujours du pus par la rhinoscopie antérieure, et point par la rhinoscopie postérieure quoique l'écoulement fût abondant.

Nous avons fait la même remarque pour un autre malade, une jeune femme que M. le Dr Mandelstamm avait amenés à la clinique pour la faire opérer.

Peut-être ce détail de rhinoscopie pourra-t-il rendre quelque service dans un cas de diagnostic différentiel embarrassant pour le point de départ exact de la suppuration; ceci est d'ailleurs un peu en rapport avec la direction des ostia des deux sinus.

III. — Lorsque nous avons vu la fistule orbitaire de la malade II, malgré son siège nettement externe, et l'indolence à peu près complète de la région sinusale, nullement déformée d'autre part, nous avons pensé aussitôt au sinus frontal, ayant récemment observé un malade opéré par M. le Dr Kalt dans des circonstances identiques, et sans que le diagnostic exact ait pu être posé.

Le sinus s'étend souvent jusqu'à l'angle externe de l'orbite; on doit donc s'attendre à trouver des fistules tout le long de l'arcade.

Nous avons enfin observé un autre cas identique dans le service de notre excellent chef, M. le Dr Chevallereau.

Chez les trois malades dont il vient d'être question; manifestations orbitaires, actuelles ou passées; manifestations nasales absolument nulles; pas d'écoulement de pus à aucun moment; cornets et méats irréprochables. Il existe des sinusites orbitaires, relevant de l'oculiste, comme il existe des sinusites purement nasales, relevant du rhinologiste; les premières méritent le nom de sinusites fermées, car c'est l'obstruction du canal fronto-nasal qui est la cause de l'éclosion des accidents orbitaires et oculaires.

Un autre signe oculaire que nous signalons dans l'observation I, et que nous a indiqué également un opéré de M. le Dr Chevallereau, est un œdème passager de la paupière supérieure droite, absolument indolore d'ailleurs, et qui, coïncidant avec quelques douleurs névralgiques de la région, nous paraît indiquer une inflammation sinusienne.

Dans notre observation II, notons ici l'atrophie papillaire complète par compression.

Tous ces faits prennent de l'importance, quand ils siègent dans le pôle supérieur de l'orbite droite, et en perdent quand ils occupent l'orbite gauche.

Le phlegmon peut fort bien exister par simple périostite, sans qu'il existe de solution de continuité de l'os.

Aussi, lorsqu'ayant ouvert un phlegmon orbitaire suspect d'être d'origine sinusienne, on tombera sur le plafond de l'orbite dénudé, mais sans fistule, ne devra-t-on jamais hésiter à faire au moins une petite trépanation exploratrice dans le sinus ; persuadé que bien souvent elle fera cesser à jamais les accidents.

Nous avons ainsi vu un malade à qui on incisa à trois reprises la paupière supérieure, pour des phlegmons d'apparence idiopathiques ; à la troisième on ouvrit et curetta le sinus ; le malade guérit.

IV. — A propos de l'observation III, relevons la cause de l'infection du sinus : un traumatisme opératoire pour lequel les précautions consécutives n'avaient pas été prises, comme elles doivent l'être toujours.

Le malade n'avait rien présenté au point de vue symptomatique, avant l'intervention, qui pût faire penser à une sinusite, même latente.

La communication qui s'était établie entre les 2 sinus est aussi un fait qui nous a frappé. Enfin la méningite suppurée qui a enlevé le malade ne paraît pas due à une infection de voisinage, mais bien plutôt à une propagation infectieuse de l'orbite vers les sinus méningés ; la plaque de méningite suppurée siégeait au niveau du sinus longitudinal supérieur.

M. le Prof. Panas a récemment appelé l'attention sur un cas où la marche des accidents avait été analogue.

Toutes les fois donc où il existera un foyer orbitaire, il devra être largement ouvert et drainé ; mais on se défiera des injections qui diffuseraient facilement les éléments infectieux dans le tissu si lâche qui occupe la loge postérieure de l'orbite.

V. — Au point de vue thérapeutique, il nous a semblé résulter des divers cas observés et suivis à Lariboisière et aux Quinze-Vingts, et d'après l'expérience de nos chefs que l'incision

devra être faite de préférence sur la paroi antérieure, *immédiatement* au niveau de la bosse frontale, et au dessus de l'arcade, très peu en dehors de la région inter sourcilière.

L'ouverture du sinus ne doit pas craindre d'être large, et comme l'enseigne M. le Dr Luc, de se compliquer d'une résection de la paroi antérieure, de façon à voir dans tout son sinus, et à l'atteindre en tous les coins les plus reculés.

La cicatrice consécutive n'est que médiocrement disgracieuse, à condition de bien respecter le bord même de l'orbite, qu'il est d'ailleurs toujours inutile de léser.

L'ouverture de l'os étant faite largement, il faut curetter ; mais, pour obtenir un résultat sérieux, ne pas se borner à gratter des fongosités qu'on voit souvent assez mal, mais détruire absolument par le raclage toute la fibro-muqueuse, envahie dans la profondeur de ses couches, et ne s'arrêter que lorsqu'on sent partout une surface bien lisse et résistante. La curette doit atteindre méthodiquement l'une après l'autre les trois parois, et surtout ne pas oublier les angles et l'extrémité : le sommet du sinus, où on laisse facilement des fongosités.

Il est également d'importance capitale de gratter l'orifice du canal fronto-nasal et tout son pourtour ; car là *surtout*, ainsi qu'on l'a constaté par le toucher, siègent les altérations les plus profondes. Ce curettage est le temps important, le seul temps délicat de l'opération ; aussi faut-il y constater un temps suffisamment prolongé pour ne rien laisser, autant que possible, sous peine de récurrence rapide.

Un des avantages de l'ouverture large est de permettre l'introduction directe du doigt qui, seul, peut reconnaître l'état des parois et montrer quels sont les points qui ont été trop faiblement atteints.

Le curettage doit non pas modifier, terme trop élastique, mais détruire la fibro-muqueuse, et lui permettre, si on accepte l'expression, de faire peau neuve.

Après le curettage méthodique et bien complet, irrigation pour nettoyer le sinus, puis badigeonnages avec la solution de chlorure de zinc pour détruire sur place ce qui a échappé au raclage ; il faut enfin s'occuper du canal fronto-nasal, et faire passer dans les fosses nasales un long drain, aussi gros que

possible, sur lequel on établira des trous rapprochés pour permettre facilement aux injections de pénétrer dans le sinus pour ressortir sans difficultés par le nez. Le drainage du sinus est presque toujours une condition nécessaire pour obtenir et affirmer la guérison radicale. Une autre précaution est de traverser le drain avec une épingle de sûreté ; faute de quoi le drain peut être attiré soit en avant, quand on enlève le pansement, soit par en bas, par un malade inattentif.

Nous insisterons une fois de plus sur ce fait important, que le curettage énergique, nous n'avons pas dit brutal, du sinus n'est pas suivi d'une réaction intense comme on pourrait le croire ; jamais, sur un certain nombre d'opérations, pas plus pour le sinus frontal que pour le sinus maxillaire par la fosse canine, nous ne l'avons observé.

L'antisepsie, le drainage, de larges irrigations tièdes après le curettage mettent généralement à l'abri de ces complications.

Les irrigations doivent être faites avec l'eau bouillie, ou tout au plus le sublimé très étendu ; car on a pu observer avec l'usage d'antiseptiques un peu actifs des irritations douloureuses et prolongées de la conjonctive et de la muqueuse du naso-pharynx dont il importe d'être prévenu ; comme pansement, on préférera la gaze passée à l'étuve ; la gaze salolée en particulier, provoquant de temps en temps sur la peau des paupières des éruptions accompagnées de suintement et de démangeaisons extrêmement désagréables au malade et pouvant même n'être pas sans inconvénients pour le résultat opératoire.

Après l'opération, si le malade ne souffre pas, et si la température est satisfaisante, on attend plusieurs jours avant de lever le premier pansement ; on fait alors une irrigation douce et prudente par le drain avec l'eau bouillie ou boriquée ; si l'eau ressort claire, on n'insiste pas, on cesse l'injection, on replace le pansement.

Deux à trois jours après, même manière de faire ; et on espace de plus en plus ; si, au bout de douze à quinze jours, le tube ne donne pas passage à la suppuration, on le retire franchement.

Si le lavage entraîne du pus, il faut alors laver le sinus tous

les jours abondamment et ne retirer le drain que la suppuration une fois tarie, depuis plusieurs jours *au moins*.

Quand la suppuration menace de se prolonger, on peut essayer dans le sinus des injections modificatrices ; le malade penchant la tête sur le côté pour conserver le liquide le plus longtemps possible ; ces injections peuvent être répétées deux à trois fois par semaine.

Il est utile de tenir le nez dans un état de propreté aussi complet que possible, ce qu'on fera par des injections biquotidiennes à l'eau boriquée ou naphtolée faible, et même des insufflations médicamenteuses.

Il est nécessaire, avant de faire le lavage par le drain, de bien débarrasser les fosses nasales de leurs sécrétions, pour ne pas confondre avec ces dernières celles venant du sinus, et pratiquer des irrigations inutiles.

Si, au bout de quelques semaines, la suppuration n'est pas à peu près complètement tarie ou en voie d'amélioration nctable, on conseillera au malade une deuxième intervention complétant la première, plutôt que de le soumettre pendant de longs mois à des irrigations dont le résultat est toujours incertain.

En résumé, pensons-nous, traitement sec et pas de lavages, s'il n'y a pas de suppuration ; laisser la fibro-muqueuse se reformer ; irrigations abondantes, tièdes, mais jamais avec des antiseptiques irritants, s'il existe encore de la suppuration ; injections modificatrices seulement quand les injections ne donnent pas de résultat sensible et rapide ; réintervention enfin comme dernière ressource quand ces moyens sont insuffisants pour arriver au but.

Après la guérison, tenir les fosses nasales dans un état de propreté, d'asepsie aussi parfait que faire ce peut.

UN CAS DE PAPILLOME CONFLUENT DES FOSSES NASALES

Par **H. RIPAULT**, interne des hôpitaux.

Le nommé Piz. Eug. 36 ans, se présente à la consultation de M. le Dr Gouguenheim, le 24 juin dernier, pour une obstruction de la narine droite.

Le début de l'affection remonte à 4 ans environ ; au dire du malade, il existait un petit bouton à l'entrée de la narine ; celui-ci fut écorché plusieurs fois, et c'est à la suite de ces grattages répétés que se serait développée la tumeur qui nous occupe. A l'inspection directe, en relevant légèrement le lobule, on trouve la narine absolument obstruée par une tumeur solide, d'un gris rosé, d'aspect mamelonné ; ferme au toucher, saignant facilement au contact du stylet qui la pénètre aisément ; par l'examen, on constate que cette tumeur framboisée est formée par un grand nombre de lobes isolés dont les uns (le plus grand nombre) s'insèrent sur la cloison, les autres sur le plancher, et sur toute la surface des téguments internes de l'aile du nez.

La tumeur est très médiocrement sensible, et ne détermine d'autre trouble fonctionnel que ceux inhérent à l'obstruction totale d'une narine ; celle-ci est de plus manifestement défermée ; pas d'épistaxis.

L'examen rhinoscopique de l'autre narine, l'examen de la gorge et du rhino-pharynx ne montrent rien d'anormal ; pas de papillômes, ni verrues en aucune région.

Aucun antécédent ; bonne santé générale.

Avec l'autorisation de M. le Dr Gouguenheim, nous enlevons avec la curette tranchante la tumeur qui se morcèle avec la plus grande facilité, en saignant assez abondamment ; nous râclons avec soin les points d'implantation de cette tumeur qui

s'insère sur tout le pourtour de l'ouverture de la narine jusqu'à une profondeur de deux centimètres environ, et même sur la tête du cornet inférieur, absolument normal d'ailleurs. Vu l'étendue de l'implantation, nous ne pratiquons pas de cautérisation ignée; et nous nous bornons à des frictions assez énergiques avec une solution forte d'acide lactique. L'examen histologique a montré la structure du papillôme.

Jusqu'ici, pas trace de récidue.

Cette observation nous a semblé intéressante par la rareté des tumeurs de ce genre dans les fosses nasales, le volume considérable, et le siège de celle-ci tout à fait en avant, en plein vestibule, et non aux dépens de la muqueuse des cornets.

III

SYNDROME DE MÉNIÈRE GUÉRI PAR LA PILOCARPINE

Par **A. LEMARIEY**, interne des hôpitaux.

Plusieurs observations ont signalé l'heureuse influence de la pilocarpine sur l'évolution des vertiges, des bourdonnements et de la surdité liés aux affections de l'oreille interne. Le fait suivant n'ajoutera donc aucune donnée nouvelle. Si nous le faisons connaître malgré sa complexité, c'est que les cas semblables sont, en somme, assez rares, et qu'il concorde avec les faits publiés antérieurement, ce qui lui donne une signification plus nette.

OBSERVATION. — *Antécédents.* — Notre malade est un homme de 29 ans, employé de commerce, appartenant à une famille où les affections auriculaires ne sont pas inconnues : sa mère a eu, à droite, une perforation du tympan accompagnée de douleurs très vives ; à gauche des bourdonnements et des vertiges, qui durent encore et n'ont été accompagnés d'aucun écoulement d'oreille. Un de ses frères a eu une otorrhée à droite, datant de douze années et qui paraît tarie depuis deux ou trois ans.

D'aspect assez chétif, notre malade a le passé de ceux qu'on appelait, il y a quelques années encore, des scrofuleux : il a eu dans son enfance des « maux d'yeux, » et des écrouelles dont il porte la trace.

En 1885, à l'âge de 20 ans, il eut les oreillons ; et, à en juger, par quelques symptômes qu'il présenta vers cette époque, il pourrait bien avoir été atteint de pleurésie. Toujours est-il qu'il fut envoyé au bord de la mer avec le diagnostic d'anémie, fut soumis au traitement arsenical, et devint sujet, à partir de ce moment, à des douleurs siégeant dans le côté droit de la poitrine.

Depuis 12 années, son oreille gauche est le siège d'une otorrhée peu abondante, survenue brusquement, et dont la cause serait, d'après lui, un traumatisme (?) (il reçut une boule de neige sur l'oreille gauche) Jamais il n'éprouva de vertiges.

Les commémoratifs ne laissent supposer aucune infection syphilitique.

Il est très sujet aux coryzas, tousse un peu et expectore, surtout le matin, quelques crachats muqueux, grisâtres. Il mène une vie régulière, mange beaucoup, et malgré cela a beaucoup maigri depuis deux ou trois ans.

Si nous mettons en regard de ces antécédents et de ces symptômes de mauvais aloi, certains signes que nous révèle l'exploration de la poitrine (percussion douloureuse au sommet droit, s'accompagnant d'expiration prolongée et de tendance à la submatité), et l'augmentation des chlorures que nous indique le dosage de l'urine, nous nous croyons autorisé à admettre que notre malade est un tuberculeux au début.

Ici prend place l'épisode qui doit faire l'objet principal de cette observation.

Maladie actuelle. — Le 16 janvier 1895, vers le milieu de la journée, en quittant la table, et sans aucun prodrome, le malade fut subitement pris de vomissements, et rendit son déjeuner. Le vomissement était à peine terminé qu'il éprouva de violents vertiges, accompagnés de bourdonnements. Il voyait tous les objets qui l'entouraient animés d'un rapide mouvement de rotation dans le sens vertical, « absolument comme si on l'avait fait pirouetter, en le prenant par les pieds. » En même temps que ces symptômes se produisent, il devient sourd. Mais, fait capital, il ne perdit point connaissance.

Les jours suivants ces phénomènes persistent, quoique avec une intensité moindre, et gardent les mêmes caractères.

Les vertiges disparaissent quand le malade s'assied ou se couche, mais ils reviennent dès qu'il fait le moindre mouvement ou qu'il essaie de se lever. La présence de ces vertiges qui ne permettent ni la sortie au grand air, ni même la simple station à l'intérieur des appartements, et sont si violents que le malade tomberait s'il ne s'asseyait immédiatement, cette présence rend la vie insupportable au malade.

Les bourdonnements ressemblent au bruit d'une machine à vapeur, ils ne quittent pas le malade un seul instant.

Ces symptômes résistent au bromure de potassium, que prescrit un médecin, et amènent, six jours après leur début, le

SYNDROME DE MÉNIÈRE GUÉRI PAR LA PILOCARPINE 423

malade à la clinique de MM. Lermoyez et Helme, où l'on constate l'état suivant.

Oreille gauche. La montre n'est entendue qu'au contact. Le Rinne est négatif. Le Weber latéralisé à gauche. La membrane du tympan est détruite en partie. Le marteau est horizontal. Le fond de la caisse est rempli de muco-pus.

Oreille droite. La montre est entendue à 35 centimètres. Le Rinne est positif. La membrane, un peu enfoncée, est opaque et dépolie. Le Siègle fait constater le ramollissement du quadrant postéro-supérieur et la complète immobilité du marteau. Ankylose des osselets.

Nez. A droite et à gauche, se rencontre un léger degré de rhinite chronique avec des traces de muco-pus.

Un Pharynx peu rouge ; la rhinoscopie postérieure montre de la pharyngite chronique supérieure.

Il s'agissait en résumé : à gauche d'une vieille otorrhée ; à droite d'une ankylose des osselets, accompagnée de troubles vertigineux. Les injections sous cutanées de pilocarpine furent conseillées.

Mais alors commença pour le malade, qui ne pouvait se soumettre chez lui à ce traitement coûteux, une longue semaine de pérégrinations à travers les hôpitaux. Il recueillit des ordonnances, entendit beaucoup de paroles d'encouragement, et... revint à la clinique, toujours poursuivi par ses bourdonnements, toujours chancelant comme un homme ivre au bras de la personne qui l'accompagne, et n'entendant pas davantage. De la clinique il fut adressé à l'hôpital Beaujon, où il entra le 31 janvier, dans le service de M. Gombault, salle Louis, n° 6.

Le lendemain, 1^{er} février, je commençai le traitement par la pilocarpine, suivant les indications de M. Lermoyez. Je fis usage d'une solution de 0 gr. 10 centigr. de nitrate de pilocarpine dans 10 gr. d'eau distillée. L'injection était faite chaque matin, à jeun. Le malade gardait le lit pendant l'injection et tant que durait la crise sudorale, c'est-à-dire environ deux heures. Je commençai par 0,004 milligr., et augmentai de 0,001 milligr. tous les deux jours.

Outre les effets ordinaires de toute prise de pilocarpine sur la sialorrhée, qui fut assez marquée, sur la sudation qui fut minime et sur la diurèse (en moyenne trois litres d'urine par jour), j'observai bientôt une amélioration réelle dans l'état du malade. Pendant les huit premiers jours de traitement les vertiges diminuèrent d'une façon très notable ; le malade pouvait

s'asseoir et même rester debout pendant un certain temps. Les bourdonnements s'améliorèrent parallèlement, et le malade déclara qu'il entendait mieux.

Le 10 février son état s'est tellement amélioré qu'il peut aller prendre l'air sur la terrasse. Cette prouesse lui valut, il est vrai, une attaque de vertige et de bourdonnements, pendant laquelle il faillit tomber. Mais ce jour-là et les jours suivants il put se passer d'aide et se promener dehors, en ayant soin de ne pas trop s'écarter des murs et de s'appuyer sur une canne.

Le 15 février, c'est-à-dire exactement 15 jours après le début du traitement, il va et vient dans la salle, et n'éprouve une ébauche de vertige que s'il tourne trop rapidement sur lui-même. En dehors des appartements, la tête lui tourne encore un peu de temps en temps ; mais il ne s'agit que de sensations vertigineuses très légères et extrêmement fugaces.

Les bourdonnements ont également à peu près disparu.

Le 17 février, je cesse toute injection.

L'état continue à s'améliorer.

Le 20 février, l'acuité auditive qui était, à droite, avant tout traitement, de 0,35 centimètres est montée à 1 mètre.

Je n'observai pendant la durée du traitement aucune influence désavantageuse sur le poulx, ni sur le cœur ; la température resta normale.

Le malade s'étant plaint d'une fétidité prononcée de son urine, je fis examiner cette urine en détail, par le pharmacien du service, M. Rousselet. L'examen ne révéla d'autre particularité qu'une réaction neutre et l'excès de chlorures (qui atteignaient, 17 gr. 50 dans les 24 heures).

Les dernières injections déterminèrent une légère douleur dans la cuisse, dont le malade se plaignait encore deux mois plus tard.

Il quitta l'hôpital le 2 mars, n'ayant plus trace de vertiges, ni de bourdonnements. L'acuité auditive était à droite de 0 m,75 centimètres, le Weber toujours latéralisé à gauche, et le Rinne positif à droite (25 secondes).

Depuis sa sortie je l'ai revu plusieurs fois, soit à Beaujon, soit à la clinique.

Le 8 mars, il nous apprit que, quatre jours auparavant, il avait eu de légers bourdonnements dans l'oreille droite, sans vertiges.

Le 11 mars, l'acuité auditive du côté droit n'avait pas baissé, les vertiges et les bourdonnements n'avaient pas reparu.

Son état était satisfaisant, lorsque, le 21 mars, il revint à la clinique, racontant que, la veille après le déjeuner, vers une heure, il fut repris tout à coup de vertiges, de bourdonnements et de nausées, en même temps que l'audition baissait. Les vertiges duraient de vingt à vingt-cinq minutes et n'empêchaient pas la marche. Le malade se plaignait en outre d'une sensation indéfinissable de vacuité dans la tête qu'il avait présentée à plusieurs reprises déjà, et sur laquelle il est revenu plusieurs fois avec insistance. Enfin il accusait de la douleur au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. On reconnaît effectivement les symptômes d'une mastoïdite légère gauche, et le malade entre pour la deuxième fois à Beaujon. Des lavages à l'eau bouillie tiède sont pratiqués toutes les trois heures dans l'oreille gauche, et chaque lavage est suivi d'une instillation de glycérine phéniquée au vingtième. Le malade prend par jour de 0 gr. 75 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine, et garde le repos au lit. Pendant ce second séjour il ne présenta que des sensations vertigineuses légères et fugaces, et des bourdonnements assez persistants.

Le malade sortait au bout de huit jours sans bourdonnements ni vertiges.

Il n'éprouva aucun malaise jusqu'au commencement du mois de mai. Mais à cette époque, pendant un séjour de huit jours qu'il fit à Bruxelles, il fut pris à peu près tous les jours de violents vertiges. Ces vertiges revenaient à peu près à la même heure, c'est-à-dire de 4 à 5 heures du soir : il semblait au malade que « sa tête pesait cent kilos », et l'entraînait à droite. Il tombait effectivement et toujours du côté droit. Cette fois-ci il perdait connaissance pendant une ou deux secondes, restait à terre immobile, et puis revenait à lui. Tout le reste de la journée, il était bien portant, allait et venait sans encombre. Dès qu'il ressentit les atteintes de son mal, il se remit au sulfate de quinine (0 gr. 50 centigrammes à 1 gramme par jour) et tout disparut en moins de huit jours.

Je l'ai revu pour la dernière fois le 12 juin. Depuis son retour de Bruxelles, il n'a eu ni vertiges, ni bourdonnements. L'audition est à droite, de 0^m,90 et la voix basse (chiffres) entendue à 3^m, 25. Son état est satisfaisant.

En résumé, le malade dont il s'agit présente des lésions et des symptômes complexes ; mais un point paraît indiscutable,

c'est la disparition de la première attaque de vertiges sous l'influence des injections de pilocarpine. Nous voyons, en effet, l'état du malade s'améliorer légèrement dès que le traitement est institué; l'amélioration s'accroît à mesure que la dose de pilocarpine augmente. Enfin tout symptôme disparaît, et le malade reste plus d'un mois sans présenter aucun trouble. Les deux atteintes qui survinrent dans la suite, et dont la guérison prouve l'efficacité du sulfate de quinine, ne me paraissent pas une raison suffisante pour nier l'efficacité de la pilocarpine; elles prouvent simplement que l'action de cette substance était épuisée, ce qui se comprend sans peine puisque la dernière injection date du 16 février. Enfin le cas actuel rentre dans la règle; la pilocarpine a réussi par ce qu'il s'agissait d'une affection récente.

IV

ÉLOGE DU PROFESSEUR MOOS

Par le Prof. **A. POLITZER** (de Vienne) ⁽¹⁾.

Messieurs,

Peu de semaines se sont écoulées depuis que la mort a frappé l'un des fondateurs les plus éminents de la science otologique moderne, celui que nous étions habitués à voir toujours au premier rang de nos assemblées, dont nous n'avons cessé d'admirer les productions scientifiques si élevées, aux lèvres duquel nous étions comme suspendus, dès qu'il nous développait ses aperçus si lumineux et si instructifs, et dont l'esprit toujours jeune et vivace animait de sa brillante humeur toutes nos réunions.

Moos n'est plus. L'espoir de le revoir parmi nous, d'entendre encore le récit des découvertes nouvelles qu'il réservait pour chaque congrès, la mort cruelle nous l'a trop tôt et prématurément ravi, et il ne nous reste plus qu'à remplir envers sa mémoire le devoir suprême du témoignage à rendre à tous ses mérites et à ses hautes vertus.

C'est à moi, Messieurs, comme à l'un de ses plus anciens et intimes amis, que revient le triste honneur de vous retracer le tableau de sa vie, qui fut toute de travail, d'abnégation et de dévouement.

La vie du Prof. Moos est, en effet, le modèle parfait de toute une carrière de labeurs et d'efforts incessants, faits pour acquérir le maximum des connaissances scientifiques.

⁽¹⁾ Lu à la séance d'inauguration du V^e Congrès International d'otologie à Florence, le 23 septembre 1895.

Né en 1831 à Randegg (Duché de Bade), dans une condition plus que modeste, complètement deshérité des biens de la fortune, il a soutenu pendant sa jeunesse une lutte acharnée pour l'existence, et ce n'est que grâce à des privations sans nombre qu'il put, en 1856, conquérir brillamment le grade et le titre de docteur.

Son zèle infatigable et son enthousiasme ardent pour la science médicale lui valurent bientôt l'estime de ses professeurs et le firent nommer, à peine promu, aux fonctions d'assistant du Prof. Hasse, à la clinique de médecine interne de l'Université de Heidelberg.

Il eut ainsi l'occasion d'acquérir des connaissances approfondies en pathologie interne, et, voué plus tard à la spécialité otologique, il rappelait souvent avec satisfaction tout ce dont il était redevable à cette période, qui l'avait préservé de ce spécialisme étroit que l'on rencontre avec tant de regret aujourd'hui chez un grand nombre des spécialistes.

En effet, nous trouvons dans tous ses travaux une intelligence supérieure de la corrélation de notre science spéciale avec les principes généraux de la médecine. C'est ce savoir approfondi qui donne une si haute valeur à tous ses ouvrages dans la partie clinique de l'otologie.

En 1859, Moos fut chargé de l'enseignement à l'Université de Heidelberg, où il s'acquit en peu de temps le renom d'un maître du plus grand mérite et d'un praticien éminent dans l'Allemagne du Sud.

C'est à partir de ce moment qu'il consacra tout le temps que lui laissait sa clientèle à des travaux exclusivement scientifiques.

Au début de sa carrière otologique il s'est surtout adonné à l'étude de la littérature spéciale, notamment à celle des ouvrages des otologistes anglais, qui ouvraient à cette époque de nouveaux horizons à notre science. Le résultat de ces études a été la traduction du traité des maladies de l'oreille de Toynbee, par laquelle il a été le premier à faire connaître au public médical allemand les publications du savant maître anglais.

Mais bientôt Moos acquit la conviction que si l'otologie doit

atteindre à la hauteur où déjà sont parvenues les autres branches de la médecine, c'est dans les recherches anatomiques, qu'elle doit en trouver surtout la base et le moyen, voie déjà indiquée par Toynbee et de Tröltsch, ses contemporains.

Les travaux de Moos embrassent une période de plus de 36 ans ; c'est ce labeur continu, incessant, consacré à ses recherches de même qu'à ses mémoires, qui donne seul la clé et l'explication du grand nombre de ses publications. Il n'y a aucune branche de notre spécialité à laquelle il n'ait apporté sa contribution. L'anatomie, la physiologie et l'anatomie pathologique de l'organe auditif, la clinique, la bactériologie, les troubles cérébraux de l'ouïe, les névroses otopathiques, la partie opératoire, toutes ces branches de notre art ont été tour à tour l'objet de ses recherches.

Les publications du Prof. Moos ont, pour la plupart, paru dans la *Revue des maladies des yeux et des oreilles*, fondée par lui en 1869 en collaboration avec son ami le Prof. Knapp, et dans la *Revue des maladies de l'oreille* publiée par les deux mêmes auteurs depuis 1879. Celles qui sont antérieures à 1869 se trouvent dispersées dans divers recueils et revues. C'est en collaboration avec le Prof. Steinbrügge, son élève et son ami, qu'il publia une petite partie de ses travaux, ceux qui s'étendent de 1878 à 1885.

L'énumération détaillée des nombreux ouvrages de Moos nous conduirait trop loin. Je voudrais toutefois faire particulièrement ressortir ici ce fait capital, que les résultats de ses recherches ont essentiellement contribué à donner à l'otologie moderne son caractère scientifique. Nous n'avons qu'à rappeler entr'autres, à cet égard, ses publications principales sur l'invasion du labyrinthe par des microorganismes à la suite de maladies infectieuses.

Parmi ses travaux anatomiques, ce sont ses recherches sur les vaisseaux sanguins de la membrane du tympan, puis sur l'anatomie et la physiologie de la trompe d'Eustache, qui suffiraient à eux seuls à lui assurer une place importante dans l'histoire de la science.

Mais ce sont surtout ses recherches histo-pathologiques qui ont définitivement assis sa réputation.

Ces travaux révèlent toute la conscience et l'exactitude qu'il apportait dans ces recherches scientifiques et le soin avec lequel il a sans cesse cherché à pénétrer jusqu'au fond des choses. Cette tendance à tout approfondir, nous la retrouvons dans chacun des travaux de Moos ; partout il a pris à tâche de mettre d'accord les constatations anatomiques avec les phénomènes cliniques. Il ne s'en tient plus, comme au début, aux simples faits anatomiques, et plus il avance, plus il s'impose la nécessité de donner les faits anatomiques pour base aux phénomènes cliniques. Nous en trouvons un brillant exemple dans son traité sur les tumeurs du cerveau, dont la haute valeur pour le diagnostic des affections cérébrales est universellement reconnue même par les cliniciens purs.

L'examen attentif des travaux de Moos, au point de vue de la médecine interne, nous révèle ce fait remarquable, que les productions scientifiques de ses dernières années peuvent être placées sans contredit au rang de ses meilleurs ouvrages. Il suffit de citer ses recherches sur l'invasion des microorganismes dans le labyrinthe à la suite des maladies infectieuses. Il montre, avec une minutieuse clarté, l'influence destructive de cette invasion sur les parties membraneuses du labyrinthe, qui aboutit successivement à des suppurations, à des formations de tissu connectif, puis à des ossifications, quelque fois même à la nécrose des tissus.

C'est ainsi qu'il nous donne l'explication anatomique de la panotite, cause si fréquente de surdité complète dans les maladies infectieuses.

Les productions scientifiques de Moos apparaissent sous un jour plus admirable encore, quand on pense que depuis 25 ans il était frappé par la maladie. En 1871, à la suite des grandes fatigues endurées pendant les soins incessants donnés aux blessés, se manifestèrent les premiers symptômes d'une affection diabétique, qui mina de plus en plus sa santé au cours des années suivantes. A cette affection se joignirent des troubles de l'audition, qui ne firent que progresser pendant plus de vingt ans, et rendirent d'autant plus pénibles ses relations habituelles avec ses malades et ses élèves, et vinrent assombrir son humeur jusqu'alors si joviale.

Mais toutes ces souffrances physiques ne pouvaient fléchir l'activité intellectuelle de Moos ; son amour ardent pour la science le poussait à se frayer de nouvelles voies, à entreprendre de nouvelles recherches. C'est ainsi qu'à un âge déjà avancé nous le voyons courir à Berlin pour acquérir, dans le laboratoire de Koch, les connaissances nécessaires à la bactériologie, dont il pressent la haute importance pour la science otologique moderne.

Malgré l'aggravation de son état maladif, Moos manqua rarement nos congrès otologiques. Il sentait vivement le besoin de s'instruire de temps en temps par un échange personnel d'idées avec des confrères et des amis.

Nous l'avons vu aux congrès de Milan, de Bâle, de Berlin, et l'année dernière encore à Rome. Sa présence à cette dernière réunion, sa conférence à la section otologique nous apparaissent comme le dernier effort de son infatigable esprit pour combattre son affaiblissement physique. Notre vive sollicitude pour sa santé nous permit de constater la décadence par trop visible de ses forces.

De retour dans ses foyers après le congrès, Moos entreprend un nouveau travail considérable, interrompu par une pneumonie compliquée qui le mit à deux doigts de la mort. A la grande joie de sa famille et de ses amis il se rétablit de cette grave affection, et s'en remit si promptement qu'il put reprendre sa tâche interrompue. Toutefois, dans le courant de l'hiver, il fut atteint d'une toux suspecte, précurseur trop certain de la phtisie tuberculeuse, à laquelle il finit par succomber le 15 juillet dernier, après une longue et douloureuse agonie, pleuré par sa fidèle compagne, qu'il avait aimée par dessus tout et avec laquelle il avait vécu trente cinq ans d'une union des plus intimes et des plus heureuses, vivement regretté de tous ses amis ainsi que de ses nombreux admirateurs. Son dernier ouvrage, *Des lésions de l'organe auditif dans leur rapport avec la médecine légale*, terminé seulement aux deux tiers, ne nous reste malheureusement plus qu'à titre de fragment.

Avec Moos disparaît un homme éminent, chez lequel une science profonde et un grand talent créateur étaient harmo-

nieusement joints aux plus précieuses qualités du caractère et du cœur.

Infatigable dans ses recherches, consciencieux et prudent dans l'interprétation des constatations anatomopathologiques et des observations cliniques, exerçant une critique sévère à l'endroit de ses propres travaux, il saluait avec empressement les ouvrages et les découvertes d'autrui, et encourageait, par des communications sans réserve, les efforts de confrères plus jeunes et moins avancés.

Son amour de la vérité, sa fidélité dans ses affections, sa manière d'être, modeste et douce, lui avaient gagné un large cercle d'amis dévoués, qui lui sont restés attachés jusqu'à la mort. Il était particulièrement lié avec le professeur Knapp de New-York, et je m'estime heureux d'avoir été, depuis le début de notre carrière commune, en relations constantes d'amitié et de communication scientifique avec lui.

Moos avait le cœur bon, tendre et compatissant. Simple dans sa manière de vivre, très économe pour sa propre personne, il exerçait en secret la bienfaisance et la charité. Sa disposition constante à venir sans cesse et gratuitement en aide aux malades pauvres était universellement connue.

Malgré toutes ses préoccupations scientifiques, il avait une nature gaie et ouverte, qui rendait sa société agréable et intéressante par les saillies de son « humour » et de son esprit, dont on put encore saisir et admirer de temps en temps quelques éclats au cours du dernier congrès de Rome. Mais ici déjà une certaine teinte de mélancolie s'étendait sur toute sa personne, que déjà l'aile de la mort avait effleurée.

Au cours de sa carrière, M. Moos a été l'objet de maintes distinctions honorifiques, tant de la part du Gouvernement Badois que du corps des Professeurs de l'Université de Heidelberg. Il n'entraîna pas dans son caractère de rechercher les marques d'honneur et les distinctions ; mais il était sincèrement heureux de voir apprécier la valeur de ses travaux.

Moos n'est plus, mais tout ce qu'une vie entière de travail et de labeur incessant a pu créer est acquis pour jamais à la science et assure à son auteur un immortel renom. En honorant sa mémoire, nous remplissons un devoir de reconnais-

sance envers celui qui nous a quittés pour toujours. Et cette reconnaissance, nous la lui devons pour le riche et précieux trésor de connaissances qu'il lègue à la science otologique, de même que pour le magnifique exemple qu'il nous donna par son ardeur infatigable au travail et son zèle enthousiaste pour notre spécialité en particulier.

Il restera ainsi pour la génération future un brillant et entraînant modèle, vraiment digne du renom qu'il s'est vaillamment conquis dans le domaine si ardu de notre art et de notre science.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 18 avril 1895.

Présidence de M. FÉLIX SEMON.

CRESSWELL BABER. — **Papillome du nez.** — Homme de 36 ans qui, en avril et octobre 1894, a déjà subi deux fois l'ablation de tumeurs de la narine gauche dont l'examen microscopique a montré la nature papillomateuse. Le 7 mars la narine gauche est encore obstruée par une tumeur grosse comme une mûre, proéminant en arrière dans le vestibule et implantée par une large base sur le plancher nasal et la cloison. Pas de ganglions, pas de syphilis. Le tissu enlevé pour l'examen microscopique est dur et adhérent aux régions saines dont quelques fragments sont détachés en même temps. L'examen n'y révèle qu'une hyperplasie sans cellules malignes. Le malade avait la mauvaise habitude de se mettre les doigts dans le nez, c'est probablement ainsi qu'il s'est inoculé. Quel est le traitement ?

BUTLIN conseille l'excision et la destruction du pédicule avec le galvano-cautère.

BALL. — **Lupus de la gorge et du nez** chez une jeune fille de 14 ans ; tout l'intérêt de ce cas est dans le bon résultat obtenu par le grattage des ulcérations et l'administration de l'arsenic et de l'huile de foie de morue.

C. SYMONDS demande si on a donné l'extrait thyroïdien, il en a vu de bons résultats.

BALL a trouvé que la malade allait suffisamment bien sans cela.

BALL montre une jeune fille portant une déformation du nez rappelant celles que produisent la syphilis, mais dont l'origine traumatique est nettement établie, M. Kutney propose de l'opérer.

KUYVET GORDON. — **Coupe d'un cornet porteur d'un polype.** — L'auteur pense qu'on n'a pas encore vu nettement les altérations de la carie osseuse et l'infiltration marquée d'ostéoblastes.

HILL répond que ce spécimen est exactement semblable à celui décrit par Woakes.

SYMONDS demande en quoi ce spécimen diffère de l'os normal, il voit bien quelques altérations sur le bord de la préparation mais non dans l'os.

SPICER dit que, cliniquement, c'est un polype ordinaire; en doit-on conclure que ces tumeurs s'accompagnent de résorption de l'os?

GORDON pense que cette coupe représente le stade précoce du *clivage* de Woakes et que la présence des ostéoblastes et de l'infiltration cellulaire lui fait porter le diagnostic de carie.

Il montre ensuite des préparations provenant d'un grattage de l'antre maxillaire dans un cas d'empyème. Il y a prolifération si marquée des glandes de la muqueuse et de l'épithélium qu'on peut qualifier cette tumeur d'adénome.

DUNDAS GRANT. — **Empyème de l'antre d'Highmore guéri au moyen du trocart de Krause;** un autre *cas compliqué de suppuration probable du sinus*. L'empyème a été diagnostiqué au moyen de la transillumination et du trocart de Lichtwitz. Le traitement avec le trocart de Krause a été institué, mais malgré la perforation de l'alvéole la sécrétion purulente prit une abondance anormale. On remarqua que quelques minutes après le lavage complet de l'antre le pus reparaissait abondant. La ponction de l'ethmoïde avec le trocart d'Hartmann ne donna aucun résultat. Le malade a refusé de laisser pratiquer l'ouverture du sinus frontal gauche. Il montre encore trois autres cas dont un avec suppuration du sinus frontal traités à l'aide du trocart de Krause avec succès.

Dans un cas de **laryngite tuberculeuse** montré dans une des précédentes séances, l'ulcération était localisée sur la corde vocale droite et entièrement remplie de fines granulations sur lesquelles une fine pointe de galvano-cautère fut appliquée. Depuis lors, la malade a demeuré à Jersey, elle était très améliorée, on a trouvé quelques rares bacilles venus du poumon. Depuis les granulations ont repullulé et il s'est produit une petite ulcération longitudinale sur la corde gauche. Les applications journalières d'acide lactique ont amélioré l'état local et les symptômes laryngiens.

LE PRÉSIDENT répond à la demande qu'on lui a faite que ses

cas d'empyème traités par les méthodes simples ont duré trois à quatre mois. Une lettre du Brady relative à une malade venue d'Australie donne deux mois.

HALL pense qu'il faut tenir compte de l'influence de l'air marin.

SYMONDS suppose que les bons effets dans ce cas sont dûs au drainage. Il ne peut affirmer que le drainage à travers les parties molles soit supérieur à l'alvéolaire.

BALL pense que le succès du procédé de Krause dépend surtout du pansement employé, soit les poudres, insufflées une fois par semaine soit le lavage journalier.

LAW demande si l'europhène est supérieur à l'iodoforme.

GRANT répond qu'il préfère passer par les parties molles lors que le malade a de belles dents. Beaucoup de cas restent stationnaires après l'ouverture de l'alvéole, un a été beaucoup mieux après la fermeture de l'alvéole. Il est possible que l'infection se fasse par l'ouverture. Il faudrait alterner le traitement. On ne peut dire si l'europhène est supérieur à l'iodoforme mais il a une odeur moins désagréable.

HAVILLAND HALL montre un cas de **mycosis fongoïde** survenu depuis deux ans chez un homme de 52 ans. Il se plaignait d'oppression et de douleur dans la gorge, mais la parole n'a jamais été entravée. Sur les parties postérieure et latérale du pharynx on voit de petites tumeurs ovales et sur le cartilage aryénoïde gauche une autre, du volume d'une noisette, dont la surface est légèrement ulcérée. Il pense que c'est le premier cas connu.

LE PRÉSIDENT propose qu'on insère une figure de ce cas unique dans le bulletin de la société ; le Dr Wagget est chargé de la dessiner.

WILLIAM HILL. — **Polype du nez associé à de la suppuration des sinus frontaux ethmoïdaux et maxillaires.** — Homme de 34 ans chez lequel, il y a 15 ans, on avait enlevé des polypes du nez. Le malade présentait une abondante suppuration et bientôt la narine gauche est obstruée par de nouveaux polypes. On les enlève, on voit du pus suintant de l'extrémité antérieure du cornet moyen qui était augmenté de volume et gonflé. On enlève cet os et immédiatement sort une grande quantité de pus, ce qui donne au malade un moment de répit. On aperçoit maintenant des granulations et de l'ostéite dans le voisinage des cellules ethmoïdales. Le sinus frontal gauche est douloureux à la pression, la peau qui le recouvre est rouge et par moments bouffie. Le sinus maxillaire gauche est obscur à la transillumination.

Le Dr HILL pense que l'ablation du cornet moyen ne pouvait servir à rien dans ce cas, le pus venant de l'ethmoïde. Il est prêt à ouvrir le sinus frontal par une incision verticale et l'autre par la fosse canine et compte montrer le malade un peu plus tard.

HILL montre un cas d'épithéliome du pharynx pour lequel M. Pepper propose la pharyngotomie

HUNT montre des pièces microscopiques de papillomes multiples du pharynx que d'abord on avait pris pour un sarcome.

LE PRÉSIDENT demande si quelqu'un des membres a déjà vu ainsi l'ordre renversé et le papillome suivre le sarcome.

BUTLIN n'a jamais vu cette inversion.

HUNT fait observer que le papillome était un peu au-dessus des anciennes cicatrices.

PERCY KIDD. — **Sténose du larynx dû à une tumeur de la corde vocale gauche** (déjà présenté à la séance de janvier 1895). — La tumeur fut enlevée avec la pince coupante de Mackenzie après trachéotomie préalable. Le malade est très soulagé. L'examen microscopique révéla un papillome bien net avec légère infiltration de petites cellules dans la muqueuse mais aucune apparence de tubercule.

Au mois de mars l'état général du malade devient mauvais, il maigrit, s'affaiblit, est pris de fièvre intermittente et de gêne respiratoire.

L'examen laryngoscopique dénote un léger épaississement des deux cartilages aryténoïdes avec légère ulcération à droite. L'examen de la poitrine et l'examen bactériologique ne donnent pas de résultats positifs, cependant on a trouvé une ou deux fois des bacilles dans les crachats. Pas de signes physiques de tuberculose des sommets. L'épiglotte est épaissie du côté droit. Les deux cartilages aryténoïdes sont le siège d'une tuméfaction très pâle et la face supérieure droite du larynx est couverte d'une ulcération sanieuse. Les deux cordes vocales sont pâles et irrégulièrement épaissies. Sur l'extrémité postérieure de la corde vocale gauche s'élève une petite végétation rouge. Les cordes vocales immobiles, très rapprochées, causent une sténose considérable de la glotte.

SCANES SPICER montre un cas d'empyème de l'autre d'Highmore et est félicité par le Président sur l'état du malade qui, depuis 15 jours qu'il est opéré, a gagné 11 livres. Ce résultat est très flatteur pour les membres de la société.

LE PRÉSIDENT montre un cas de volumineux et dur papillome qui a produit une échancrure dans la corde vocale du côté

opposé. La dyspnée était telle qu'on dut pratiquer la trachéotomie. L'examen ayant révélé le caractère bénin de la maladie, la tumeur qui était implantée sur le côté gauche du larynx fut enlevée.

SYMONDS demande si la corde vocale opposée était atrophiée ou érodée.

LE PRÉSIDENT répond que l'ablation de la tumeur est trop récente pour qu'on puisse se prononcer, mais qu'il est possible qu'il y ait eu atrophie de la corde vocale.

SYMONDS. — **Suppuration du sinus frontal.** — Le malade était atteint, depuis novembre 1892, d'un fort écoulement nasal. Pendant six ans il a été traité pour nécrose de l'ethmoïde sans résultat. Puis l'écoulement nasal qui était monolatéral devint bilatéral, l'ablation du cornet moyen donna un peu de soulagement, en décembre 1894 on diagnostique le pus dans les sinus ethmoïdaux ou frontaux, peut-être dans les deux, et au mois de janvier la suppuration devenait manifeste sur la ligne médiane du front. Incision au milieu de la zone fluctuante qui laissa échapper une grande quantité de pus, large incision du sinus frontal. La suppuration cessa et on put facilement passer une sonde courbe dans le nez et y fixer un drain, puis plus tard un petit tube. Le sinus fut lavé chaque jour antiseptiquement. Trois mois après l'écoulement était seulement muqueux et le tube n'était laissé en place que par précaution.

Le meilleur endroit pour inciser est celui que cherche naturellement le pus pour se frayer une voie juste à gauche de la ligne médiane et à un centimètre au-dessus du niveau des sourcils. On peut, par cette voie, passer facilement un drain dans les narines et le maintenir au moyen d'un bord saillant qu'on dissimule avec un emplâtre. Ce procédé est supérieur à celui de l'ouverture au niveau de l'angle interne de l'œil, par laquelle le drain pénètre moins facilement dans le nez. Lorsque les deux côtés sont envahis, l'ouverture sur la ligne médiane est encore préférable.

L. A. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

Compte rendu par le Dr EDM. MEYER

Séance du 26 avril 1895.

KUTTNER présente une malade qui est atteinte depuis dix à douze jours d'un **coup de froid**. Depuis 24 heures elle ne peut avaler aucun aliment solide. Les liquides reviennent par le nez. Les muqueuses sont anémiées. Le voile du palais et les muscles de la paroi pharyngée postérieure sont paralysés, mais la sensibilité est conservée. La moitié gauche du larynx est immobile, et la corde vocale du même côté est fixée dans la position cadavérique. Pendant trois jours la malade fut dans l'impossibilité de rien avaler, le quatrième jour elle put prendre un peu de liquide, et au bout de sept jours, elle put revenir aux aliments solides, le seizième jour la déglutition était redevenue tout à fait normale. La motilité du larynx revint lentement; d'abord on observa de légers mouvements de tension, puis la corde vocale atteignit la ligne médiane et revint à la position cadavérique. Cet état persiste encore. On croit qu'il s'agissait d'une *névrite due à l'influenza*. K. a vu trois cas de guérison de paralysies récurrentielles dans les quelles ont vit d'abord de légers mouvements des cordes vocales, puis d'abduction et d'adduction jusqu'à la position cadavérique, et enfin le fonctionnement intégral du crico-aryténoïdien postérieur.

ROSENBERG a vu guérir deux cas de paralysie récurrentielle.

P. HEYMANN montre : 1° une coupe de **cancer laryngien** qui, en l'espace de six mois, s'étendit des replis aryépiglottiques au pharynx, et détruisit la base de la langue. — 2° Une femme de 71 ans atteinte d'une lordose de la colonne cervicale, dans laquelle les apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres cervicales semblaient manquer.

ARONSOHN (Ems). — **Sur les corps étrangers des voies aériennes supérieures**. — 1° Malade qui a avalé depuis longtemps un fragment d'os et souffre d'un violent catarrhe gauche accompagné d'une sécrétion muco-purulente souvent fétide. On l'adresse

à Ems où, à la suite d'une gymnastique pulmonaire d'inhalations, il expectore le corps étranger.

2° Jeune femme de 25 ans qui, depuis 3 ans, crache du mucopus parfois sanguinolent. On ne trouve rien du côté des poumons; après l'expectoration d'un fragment calcaire enclavé vraisemblablement sous la glotte, les douleurs cessèrent.

3° Aspiration d'une épingle.

4° Déchirure de la face antérieure de l'épiglotte à la suite de l'ingestion d'une arête. On l'enleva avec un fil de soie et la gêne disparut.

B. FRAENKEL dit que les concrétions calcaires se forment souvent dans les poumons, même sans corps étranger.

LUBLINSKI. — **Paralysies des voies aériennes supérieures dans les maladies infectieuses.** — L. a observé six cas de paralysies laryngées consécutivement au typhus, deux cas concernaient des hommes et quatre des femmes. L'âge oscillait entre 16 et 39 ans. Les premiers symptômes se manifestaient le plus fréquemment après la défervescence, mais chez un malade se montrèrent seulement pendant la quatrième semaine. Un cas avait pour origine une pleuropneumonie. Les lésions matérielles des nerfs sont rares. Lorsque l'on rencontre des paralysies du voile du palais, du nerf cubital et de la paraplégie, il faut conclure qu'il s'agit d'une névrite périphérique ou d'une polymyélie. Dans les cas bénins, la guérison est spontanée, parfois il se produit seulement une amélioration. L. a vu deux morts, mais non à la suite de la paralysie, une par une bronchopneumonie et l'autre par une fièvre typhoïde grave. Les paralysies bilatérales postérieures sont les plus dangereuses. Au cours du typhus, L. a observé deux fois une paralysie des abducteurs, trois fois une paralysie d'un des récurrents, et une fois des deux récurrents. On fit la trachéotomie dans les premiers cas. Au point de vue du diagnostic différentiel on hésita entre une péricondrite du cricoïde et une ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne.

L. a observé peu après le traitement sérothérapique de la diphtérie des paralysies simultanées d'accommodation des cordes vocales, des muscles de l'œil et des extrémités inférieures. Il semble à l'auteur que le nombre des paralysies consécutives à la sérothérapie ait augmenté depuis le début de l'application de la méthode.

On rencontre aussi des paralysies des cordes dans l'influenza. L. soigna une paralysie postérieure gauche qui guérit en quatre semaines.

Séance du 25 mai 1895.

EDM. MEYER présente un cas de **tuberculose de la voûte palatine**.

FLATAU. — Enfant de 3 ans, porteur de végétations adénoïdes et d'hyperplasie tonsillaire, semble avoir un papillôme à l'extrémité de la luette hypertrophiée. A l'examen microscopique on trouva du tissu adénoïde typique.

Couturière, âgée de 33 ans, ressentit tout à coup de vives douleurs dans le maxillaire supérieur. Lors de l'opération on trouva deux foyers purulents dans la cavité alvéolaire et au-dessus de l'orbite, tandis que l'antre était presque libre. L'éclairage par transparence avait échoué dans ce cas.

B. FRAENKEL. — I. Homme de 58 ans, ayant dans le méat nasal une **tumeur** en forme de bouton qui augmenta rapidement, mais ne saigna jamais spontanément. Par le toucher avec la sonde, la tumeur qui était insérée sur l'aile du nez commença à saigner. Au microscope on reconnut du tissu cicatriciel avec énormément de vaisseaux sanguins hypertrophiés. La tumeur était recouverte d'épithélium pavimenteux.

II. **Corps étranger** ayant séjourné plusieurs années dans le méat inférieur gauche, et qui semble osseux. Il consiste en un noyau mou recouvert d'une enveloppe dure.

SCHOETZ demande s'il ne s'agissait pas d'une dent.

A. ROSENBERG, comme complément à la communication antérieure de Schadowaldt, présente un malade atteint depuis longtemps d'un anévrisme aortique chez lequel, au bout de longtemps, survinrent des accidents de **paralysie récurrentielle**.

ALEXANDER présente un cas de **polype nasal hémorragique**.

KUTTNER rapporte une observation de **polype de la cloison** de la dimension d'un noyau de cerise qui n'a jamais saigné et qui, au microscope, avait l'aspect décrit par Fränkel. Il a aussi vu trois tumeurs granuleuses de l'extrémité du nez qui ne saignèrent jamais non plus. Il pense que le nom de polype hémorragique de la cloison est très peu approprié.

Séance du 28 juin 1895.

KIRSTEIN présente une **lampe frontale électrique** destinée à la rhinoscopie.

BERLINER montre des **reproduction en plâtre colorié** de diverses affections laryngées.

P. HEYMANN parle des bandes des cordes vocales qui sont toujours parallèles à leur bord et peuvent aussi être sectionnées. Du côté du processus vocal elles offrent une disposition particulière.

BENDA fait voir des préparations qu'il a obtenues en faisant macérer dans une solution d'acide acétique à 5 %. l'épithélium arraché aux cordes vocales. On voit les bandes en partie parallèles, en partie recourbées et presque de niveau en avant et en arrière. On remarque du côté du processus vocal une disposition en forme d'étoile.

Les bandes sont peut-être destinées à rendre l'épithélium plus résistant aux déviations mécaniques.

Les singes n'ont pas de bandes, les chiens en ont de faibles indices et les nouveau nés n'ont pas de bandes.

GRABOWER espère que l'étude exacte des bandes conduira à des conclusions sur les modifications pathologiques, et surtout sur le cancer.

B. FRAENKEL réclame la priorité. Chaque partie de la corde vocale est caractérisée par la disposition des bandes. La formation du tissu cicatriciel et l'épaississement épithélial est une modification particulière à la pachydermie. Les cônes du carcinôme épithélial sont nuisibles aux bandes, on remarque la formation de cônes atypiques.

P. HEYMANN concède à Fränkel l'entière priorité.

BENDA croit que la méthode de macération ne peut pas être employée pour le carcinôme et la pachydermie.

B. FRAENKEL. — **La nomenclature anatomique en rhinolaryngologie.**

F. communique la nomenclature adoptée par la Société Anatomique.

Après une délibération de Flatau, Kuttner, Heymann et Thorner, la Société adopte la nomenclature proposée.

Séance du 26 juillet 1893.

STEINAU présente un malade auquel James Israel a fait la **rhinoplastie pour un lupus**. Comme les os du front avaient été utilisés une première fois sans résultat, Israel emprunta au tibia un fragment osseux de 6 cm. de long qui assura une guérison complète.

EDM. MEYER montre une préparation d'empyème d'une **grosse bulle osseuse ethmoïdale**.

P. HEYMANN fait voir des **reproductions en plâtre de préparations nasales** exécutées par le Dr Beetz Heilbronn.

B. FRAENKEL a opéré un **polype de la corde vocale droite** gros comme une noisette qui fut reconnu au microscope pour un myxôme. Il montre la tumeur et la coupe.

SIEGEL (Britz). — **Sur les aphtes**. — Les aphtes sont une affection de tout le tube digestif à partir de la bouche et qui s'attaque plus particulièrement à la partie descendante du gros intestin, du foie et des reins. Assez souvent on voit sur la peau un exanthème qui tient le milieu entre la rougeole et la scarlatine. Comme la maladie intéresse fréquemment la bouche, elle est particulièrement intéressante pour les laryngologistes. La bouche est rouge et œdématiée. Les parties les plus atteintes sont la luette, le voile du palais et les gencives qui présentent l'aspect du scorbut. La langue est très tuméfiée, son épaisseur atteint 2 à 3 cm. On trouve des bulles avec ulcération consécutives dans toute la bouche, dans le pharynx et sur l'épiglotte. Les gencives sont fréquemment tuméfiées, et la muqueuse buccale en desquamation. Les symptômes généraux sont, la plupart du temps, le vertige, la fatigue et l'obstruction. D'après les observations cliniques et une grande quantité de coupes. S. croit avoir trouvé un bacille spécifique siégeant dans les fèces et dans les organes internes, dans les reins particulièrement.

A la fin de sa communication, S. présente quelques malades et des préparations microscopiques de cultures provenant des reins.

EDM. MEYER présente deux cas de la même affection.

1° **Enfant porteur d'une maladie très étendue de toute la muqueuse buccale**, faible et atteint d'obstruction. L'adminis-

tration interne de chlorure de chaux guérit rapidement le malade, mais la faiblesse persiste pendant longtemps.

2^e Jeune fille de 21 ans. Vives douleurs buccales qui entravent totalement l'alimentation. Fatigue extraordinaire. Ecoulements fétides. Epaissement de la langue qui est ulcérée sur les bords, il en est de même pour les lèvres et la voûte palatine postérieure gauche. Les gencives sont très gonflées, ulcérées et recouvertes d'une membrane fibrineuse des plus minces. Dans les deux cas Siegel trouva le bacille dans les fèces.

ROSENTHAL montre un anévrisme gros comme un grain de café siégeant à la racine de l'arc palato-pharyngien, dont les pulsations cessaient sous la pression carotidienne. Il croit que ces anévrismes pourraient avoir une valeur pratique dans les amygdalotomies.

B. FRAENKEL a observé assez fréquemment sur la paroi pharyngée postérieure des vaisseaux pulsatiles de l'épaisseur d'une plume de corbeau. Dans le cas de ROSENTHAL on avait affaire à un anévrisme accompagné de pusesations anormales, les anévrismes n'ont rien à voir avec la tonsillotomie, mais ils apparaissent parfois à la place des amygdales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Compte-rendu, par le Dr J. E. NEWCOMB, secrétaire.

Séance du 22 mai 1895.

Président : Dr BRYSON DELAVAN

W. F. CHAPPELL. — **Xérostomie ou bouche sèche.** — L'auteur présente une femme de 46 ans, née en Danemark. Ses antécédents sont nuls, à part le fait que sa mère a souffert d'épilepsie. Jusqu'à sa maladie actuelle, son histoire n'offre rien d'intéressant. Elle jouissait d'une parfaite santé jusqu'il y a cinq ans,

époque à laquelle elle commença à ressentir une sensation de sécheresse dans les yeux et le nez, qui était surtout prononcée au moment de ses règles et qui décroissait dans l'intervalle. Graduellement la sécheresse s'accrut et s'étendit à la bouche, à la langue, au pharynx et à la trachée. Elle remarqua aussi qu'elle urinait plus fréquemment. Les glandes parotidiennes se tuméfièrent et se tendirent. Environ une année après le début de ces accidents ses dents commencèrent à branler et durent être extraites.

Lorsque la malade vint me consulter en mai 1894, je la trouvais dans un état très nerveux, voisin de l'hystérie. La muqueuse de la bouche, de la langue et du pharynx était rouge et sèche. Elle désirait constamment boire et se rincer la bouche. Dans le bas de l'espace aryénoïdien on voyait une petite tache blanche qui paraissait être une ulcération superficielle. Les glandes parotidiennes étaient fortement hypertrophiées, de même que les glandes du cou. Le canal de Sténon était ouvert. La température ne dépassait que légèrement la normale, atteignant 99 à 100 degrés Fahrenheit. La mastication était difficile et ne provoquait jamais une salivation abondante. Le goût était notablement altéré. Son urine augmenta en quantité, elle présentait peu de gravité spécifique et contenait une très petite quantité d'urée ; il n'y avait ni albumine, ni sucre.

Il y deux mois environ la malade eut une légère attaque d'hémiplégie, dont elle n'est pas encore remise. La sécheresse dont elle se plaint n'a pas été modifiée par le traitement qui a consisté principalement en toniques nerveux et en pilocarpine.

Jusqu'à présent, on a rapporté vingt-deux cas de cette affection. Le nom de xérostomie lui a été conféré par un des premiers auteurs, car on supposait à cette époque que la sécheresse de la bouche était l'unique symptôme de la maladie. On croit maintenant en général que l'affection est due à quelques modifications du système nerveux central. Frazer a recueilli 19 cas, dans un seul desquels les glandes parotidiennes se tuméfièrent. Dans la plupart des cas il existait de la sécheresse du nez et de la conjonctive, de même que chez la malade dont je viens de communiquer l'observation.

BEVERLEY ROBINSON. — J'ai vu il y a environ six mois un cas qui présentait quelque analogie avec celui du Dr Chappell. La malade était une femme d'âge moyen, habitant New-Jersey. Elle souffrait parfois de maux de tête névralgiques, et était considérée en général comme une goutteuse. Elle se plaignait à moi

d'une sécheresse prononcée de toute la cavité buccale, plus marquée toutefois à droite qu'à gauche, qui était accompagnée d'un certain degré de douleur ou d'irritation du palais. Elle avait été traitée sans aucun succès par tous les remèdes connus. Entre autres médicaments, j'essayai de doses modérées et répétées de chlorate de potasse, administrées à l'intérieur, mais avec un résultat négatif. Pour atténuer ses souffrances, la malade a l'habitude de s'introduire un corps étranger dans la bouche, et la nuit elle place un petit rond de papier goudronné sur son palais afin d'empêcher le contact avec la langue. Elle obtint une légère amélioration par l'application locale de trois parties d'huile d'olive et une partie d'huile de wintergreen. Il n'existait pas d'hypertrophie parotidienne. L'urine, examinée à plusieurs reprises, fut toujours trouvée normale.

RICHARDSON. — J'ai observé il y a environ trois ans un cas qui présentait les mêmes symptômes généraux que celui du Dr Chappell. La malade était âgée de 60 ans. Elle s'aperçut de la diminution de sa sécrétion salivaire lorsqu'elle ne put plus gommer ses timbres postes. Son urine augmenta et ses dents s'ébranlèrent au cours de la maladie. Lorsque je la vis, en 1892, la muqueuse nasale et buccale était pâle, atrophiée et sèche, et elle se plaignait de ne plus pouvoir humecter ses aliments. Divers traitements furent employés sans succès, entre autres la pilocarpine et l'électricité. La malade avait aussi une conjonctivite suraiguë. Les glandes parotidiennes n'étaient nullement gonflées.

C. C. RICE. — Je n'ai jamais vu de cas de ce genre. Je serais heureux de connaître les relations existant entre la sécheresse généralisée des voies respiratoires supérieures et la lésion des glandes salivaires. Comme il est assez fréquent de rencontrer le pharynx sec, dans les cas de pharyngite sèche, j'ai été impressionné par ce genre de cas qui sont très rares. Il est probable que la modification des glandes salivaires précède la sécheresse des piliers du pharynx dans cette sécheresse de la bouche. S'il en est ainsi, quelle est la pathologie de ces modifications glandulaires ? Elle doit être tuberculeuse ou syphilitique.

A. H. SMITH. — Je désirerais connaître un cas du genre de ceux qui ont été communiqués dans lequel on aurait extirpé les glandes et fait l'examen histologique. Il existait également de la sécheresse du conduit alimentaire produisant la constipation.

CHAPPELL. — Autant que je puis le savoir, on n'a jamais pratiqué l'examen microscopique pour reconnaître la nature de l'hypertrophie glandulaire dans ces cas. La malade que j'ai présentée souffrait d'une constipation opiniâtre. La sécheresse de la bouche est apparue quatre ans avant la tuméfaction parotidienne. On la traita pendant quelque temps par l'iodure de potassium à la dose de cinq drachmes par jour, sans que les glandes en retirassent nul bénéfice.

T. J. HARRIS. — **Sarcôme nasal. Opération. Guérison.** — Ce malade est âgé de 36 ans, je le vis pour la première fois en juillet 1894, époque à laquelle il se plaignait de la présence d'une tumeur dans le nez et d'épistaxis violentes et fréquentes qui l'anémiaient notablement. Ces accidents avaient deux ans de date lorsqu'il vint me trouver. La fosse nasale gauche était complètement obstruée et la tumeur projetée vers le bas donnait lieu à un écoulement constant.

Après avoir tenté d'extraire la tumeur au moyen du serre-nœud après cocaïnisation, on fit l'anesthésie par l'éther et on pratiqua l'opération de Boeckel. La tumeur était attachée à l'ethmoïde, et en la touchant on provoqua une hémorrhagie profuse, telle que l'on crut que le malade allait succomber sur la table d'opération. La tumeur fut arrachée avec le doigt aussi rapidement que possible ; elle avait à peu près la taille d'un œuf de poule de bonne dimension. La cavité fut ensuite bourrée de gaze iodoformée. Le malade guérit rapidement et quitta l'hôpital au bout de dix jours. A l'examen microscopique on reconnut un sarcôme à petites cellules rondes. L'opération a été faite en juillet 1894 et jusqu'aujourd'hui il n'y a pas apparence de récurrence.

HARRIS. — **Laryngite tuberculeuse. Guérison.** — Cette femme est âgée de 68 ans ; quand je la vis pour la première fois, il y a environ un an, elle se plaignait d'une grande difficulté à la déglutition. En examinant le larynx je trouvais que les cordes vraies et fausses n'étaient pas atteintes, mais que les cartilages aryénoïdes avaient la forme en poire et présentaient une apparence tuberculeuse très caractéristique ; il existait des ulcérations dans la région des replis ary-épiglottiques et du sinus pyriforme des deux côtés. On émit un pronostic désespéré, et le traitement ne fut entrepris que sur les vives instances de la malade. On employa d'abord le curettage suivi d'une application d'acide lactique, mais sans aucun résultat. Le même succès suivit l'emploi de l'iodoforme et d'une solution de nitrate d'argent. On eut alors recours de nouveau au curettage et à

l'application d'ichthylol pur, et l'on obtint un résultat favorable immédiat. Il survint un certain nombre de récidives, mais depuis le 1^{er} novembre dernier, les ulcérations n'ont pas reparu. Je regrette que les crachats n'aient jamais été examinés au point de vue des bacilles tuberculeux, mais, de l'avis d'un laryngologiste très compétent qui fut appelé en consultation, le caractère tuberculeux de l'affection était indubitable. La malade jouit à présent d'une excellente santé, et ne ressent plus aucune gêne à la déglutition.

HARRIS. — Un cas d'adénome nasal. — J'espérais vous présenter le malade, mais il ne peut quitter son lit. C'est un homme de 78 ans que je soigne depuis 18 mois. Il avait été traité pendant environ deux ans pour des tumeurs nasales que l'on supposa être des myxômes et qui, obstruant complètement les deux narines, entravaient la respiration malade. J'enlevai les tumeurs à l'anse froide et je curettai leurs pédicules. Elles provenaient de l'ethmoïde. Au bout d'un mois, survint une récidive partielle, puis plus rien durant une année. Au microscope on reconnut que la tumeur était un adénome à forme mixte. En novembre dernier il y eut une nouvelle récidive dans la fosse nasale gauche, qui causa de la douleur et de l'exophtalmie du même côté, et depuis lors le malade s'est affaibli graduellement mais il ne peut être question d'une opération radicale, vu son âge. Le Dr Wright a eu récemment l'obligeance d'examiner une parcelle de tissu excisé, et, d'accord avec l'examen microscopique antérieur, il a reconnu que la tumeur était un adénome, peut-être mixte.

BOSWORTH dit dans son livre que ce genre de tumeurs siège rarement dans le nez, et il n'en rapporte que deux cas. Je reviendrai plus longuement sur cette observation dans une autre occasion.

J. WRIGHT. — Le cas de sarcome à petites cellules rondes du Dr Harris m'a vivement intéressé. Je crois que dans les cas de ce genre le diagnostic ne peut être considéré comme certain que lorsque l'on a expérimenté les iodures. D'après ce que je sais, il est impossible d'établir un diagnostic positif de sarcome à petites cellules rondes seulement d'après le microscope, et il faut toujours songer à la syphilis possible.

J'ai été privilégié en examinant le fragment d'adénome nasal extirpé par le Dr Harris, car il était très remarquable. Il avait la dimension d'une noisette anglaise et consistait presque totalement en circonvolutions et involutions d'épithélium glandulaire

C'était presque un adénome pur, bien que ça et là existassent de petites cellules rondes éparpillées, et quelques cellules fuselées qui n'étaient probablement que du tissu conjonctif de nouvelle formation. Cette forme de tumeur est une des raretés exceptionnelles du nez. On l'a rencontrée un certain nombre de fois dans le larynx, et par hasard sur d'autres parties du corps. On la rattache à l'épithélioma, mais elle évolue très lentement et son ablation radicale assure fréquemment une longue période d'immunité.

J. W. GLEITSMANN. — Je ne doute pas que le diagnostic de laryngite tuberculeuse porté dans le second cas du Dr Harris ne fût exact, mais il aurait été plus certain s'il avait été accompagné de l'examen bactériologique. Je ne vois pas trace, actuellement, de tuberculose dans le larynx. Avant d'opérer des cas de cette nature, je fais toujours pratiquer l'examen microscopique, qui, dans toutes mes observations, a révélé la présence du bacille tuberculeux.

Au point de vue de la valeur de l'ichthyol dans ces cas, je crois qu'il faut le ranger au nombre des remèdes qui semblent devoir guérir la laryngite tuberculeuse. Divers médicaments peuvent être employés dans des cas différents, et pour réussir nous devons considérer séparément chaque malade et le traiter en conséquence.

CHAPPELL. — Je suis d'accord avec le Dr Gleitsmann quant à l'importance de l'examen bactériologique des crachats dans les cas de cette nature. Dans une de mes observations, le malade était porteur d'une ulcération de l'épiglotte que l'on supposait tuberculeuse. On examina sa poitrine qui fut trouvée normale, et la recherche des bacilles dans les crachats effectuée à plusieurs reprises donna un résultat négatif. Je suis convaincu maintenant que malgré son apparence la lésion n'était pas tuberculeuse.

T. P. BERENS. — L'ichthyol m'a toujours réussi dans les cas de laryngite tuberculeuse. Il semble être presque un spécifique en guérissant les ulcérations laryngiennes tuberculeuses ou syphilitiques.

ROBINSON. — Comme j'observe constamment des cas de phthisie pulmonaire sans envahissement évident du larynx, je ne puis citer qu'un très petit nombre d'observations recueillies soit dans ma clientèle, soit à l'hôpital, ou même à l'amphithéâtre, dans lesquels l'affection laryngée a dégénéré en ulcération et où il n'existait pas de traces certaines de la même maladie dans les poumons.

DELANVAN. — Personne ne doute que la laryngite tuberculeuse avancée ne soit sûrement associée à l'envahissement pulmonaire, et probablement tout le monde acceptera que le mot *cure* dans ce genre de cas ne doit être accepté que dans un sens relatif. On pourra, par hasard, guérir la tuberculose générale, par la simple extraction du tissu laryngé malade. Ce que l'on doit faire, et ce que l'on fait avec un succès croissant dans la laryngite tuberculeuse, c'est d'améliorer les symptômes douloureux, de tenir l'affection en expectative, et de mettre le malade en état de guérir si ses lésions pulmonaires le permettent. En accomplissant ceci, la médecine a fait un grand pas, et il faut souhaiter qu'elle aille encore plus loin.

J. E. H. NICHOLS. — **Accidents syphilitiques. Opération de Rouge. Restauration du nez.** — Cette jeune fille est âgée de 19 ans ; elle contracta innocemment la syphilis il y a sept ans en jouant avec la pipe d'un vieux syphilitique. Quand je la vis pour la première fois il y a quatre ans, les symptômes tertiaires étaient apparus. Elle avait une périostite syphilitique du maxillaire supérieur avec un abcès que j'ouvris et curettai. Il existait une destruction graduelle des cornets et de la cloison, ainsi que de la voûte palatine, et finalement du processus alvéolaire du maxillaire supérieur. Pour corriger cette déformation, on pratiqua l'opération de Rouge. Plus tard la charpente du nez se brisa et le nez s'affaissa et devint fort laid. Je tentai, il y a deux mois, de corriger la difformité en insérant une armature en or et le résultat esthétique a été des plus satisfaisant.

F. E. HOPKINS a vu la malade avant l'opération et sa difformité était une des plus hideuses que l'on put voir. Son aspect actuel est amélioré d'une façon surprenante.

C. C. RICK. — **Importance de l'administration de l'iode de potassium dans les cas d'affection laryngée de diagnostic douteux.** — Par notre expérience clinique, nous avons pu apprécier combien faible est le pourcentage des cas offrant l'apparence clinique typique décrite dans les livres. On ne peut dénier que malgré tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui pour nous aider dans notre diagnostic, il existe dans le larynx une série de conditions pathologiques avec lesquelles il est impossible de déterminer positivement, au moins pendant un certain temps, la nature exacte de la maladie. En première ligne il faut mentionner la tuberculose, qui est souvent difficile à diagnostiquer jusqu'à l'apparition des bacilles. Dans de nombreux cas, et plus fréquemment que nous ne le supposons, il y a coexistence

de la tuberculose et de la syphilis. Le diagnostic est difficile aussi dans toutes les affections laryngiennes arrivées à l'ulcération et qui peuvent produire du tissu granuleux. Les lésions de chorde tubéreuse ou nodules des chanteurs, sont souvent confondues avec l'épaississement syphilitique. Nous avons observé souvent des modifications des cordes vocales dans les simples processus catarrhaux dans lesquels nous sommes tentés d'employer les iodures ; il en est de même dans les trachômes granuleux. Dans un de mes cas, on reconnut la nature syphilitique d'un papillôme laryngien, en ce qu'il disparut rapidement par l'administration d'iodure de potassium.

Les lésions syphilitiques du larynx sont souvent d'une nature obscure, et la difficulté du diagnostic augmente lorsqu'on ne trouve pas d'histoire corroborante ou d'autres signes de la maladie. Quand nous avons quelque doute sur le caractère d'une lésion, nous devons essayer de l'iodure avant d'exclure la syphilis. Nous devons, dans cet ordre d'idées, faire attention que certains cas de nature non spécifique bénéficient du traitement ioduré, surtout si le remède est employé à petites doses, et que même des néoplasmes malins peuvent s'améliorer temporairement par son emploi.

DEHAVAN. — On doit faire attention avant de porter le diagnostic d'affection maligne, il faudra attendre que la maladie soit assez avancée et pour voir les effets de l'iodure de potassium. On ne devra pas perdre de vue que le médicament produit une amélioration temporaire dans les affections malignes, et masque pendant un certain temps leur nature véritable.

ROBINSON. — Quoique dans de nombreux cas douteux de maladies du larynx l'iodure de potassium exerce une action bien-faisante, il est certain aussi que dans quelques cas de laryngites présentant un certain degré de sténose et de dyspnée, bien que nous n'employions qu'avec circonspection l'iodure de potassium, nous avons vu des effets désastreux. La dyspnée augmentait et l'inflammation s'aggravait. De plus, il est possible que parfois l'iodure de potassium augmente l'inflammation de la gorge et du larynx qui est d'origine rhumatismale ou gouteuse douteuse.

R. C. MYLES. — Les modifications de structure de la gorge produites par la syphilis sont bien plus rarement observées en Amérique qu'à l'étranger. Je crois que cela est dû à l'emploi plus généralisé ici de l'iodure de potassium. J'ai vu, dans nombre de cas, le médicament amener une guérison rapide de sténoses syphilitiques prononcées du larynx. Le Dr Rice clot la discussion.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

DIX-SEPTIÈME CONGRÈS TENU A ROCHESTER¹*Président : Dr JOHN O'ROE.*

Le président John O'Roe, de Rochester, commence par montrer les avantages de ces réunions au point de vue scientifique et confraternel. Il signale comme principaux progrès récents de la laryngologie l'antitoxine diphthéritique et le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.

L'humidité et les affections naso-pharyngées. — ROE étudie l'influence de l'humidité sur les maladies de la gorge. Il regarde également cette influence comme un facteur puissant de tuberculose. L'habitude de plus en plus répandue en Amérique de dormir les fenêtres ouvertes lui paraît la cause principale de la fréquence extraordinaire du catarrhe naso-pharyngé.

Corps thyroïde desséché dans le goître. — FLETCHER INGALS (de Chicago), insiste sur les avantages de cette préparation qui permet un dosage exact et évite les accidents, palpitations, céphalées fréquentes avec le corps thyroïde donné en nature. On débute par 0gr,15 centigrammes par jour, pour atteindre au plus 0gr,50 centigrammes. Il a obtenu de bons effets dans le myxœdème et le goître exophtalmique.

Dans la discussion Shurly (de Détroit), signale des troubles laryngés anciens, absence de tension des cordes vocales, voix sifflotante, survenus après une thyroïdectomie totale. Le traitement thyroïdien améliora beaucoup ces troubles.

CASSELBERRY (de Chicago), a obtenu une amélioration dans un cas de goître exophtalmique. Il croit les chances de succès d'autant plus grandes que les malades sont plus jeunes.

INGALS insiste sur le rôle de l'eau filtrée ou distillée comme moyen prophylactique du goître.

Electrolyse comme traitement des éperons de la cloison. — CASSELBERRY a employé ce traitement (méthode bipolaire, aiguilles en platine coudées, courant de haute tension et de faible intensité : 15 à 40 milli-ampères) dans des cas d'épines de la cloison. Les épines purement cartilagineuses sont détruites en quelques minutes. Le courant doit être surveillé pour ne pas produire de

(¹) (D'après le *N.-Y. Med. Record*, 20 juillet 1895).

perforation. Les épines osseuses ne sont pas modifiées. Les épines à la fois cartilagineuses et osseuses ne sont réduites qu'en partie. L'électrolyse est sans utilité dans les déviations.

Dans la discussion, NEWCOMB (de New-York), insiste sur l'inutilité de l'électrolyse dans les épines osseuses et les déviations.

DALY (de Pittsburg), préfère la tréphine et les procédés chirurgicaux à l'électrolyse qui n'est, somme toute, qu'une cautérisation aveugle.

SHURLY, plus sévère encore, dit qu'autant vaudrait amputer une jambe au nitrate d'argent que de détruire une épine par la cautérisation.

J. WRIGHT (de Brooklyn), défend l'électrolyse chez les tuberculeux, les malades affaiblis qui supporteraient mal le choc et l'hémorrhagie d'une opération.

INGALS emploie souvent dans les épines très antérieures la pointe fine du galvanocautère.

J. LOWMAN (de Cleveland), utilise souvent l'électrolyse.

B. TRASHER (de Cincinnati), demande si la méthode bipolaire est moins douloureuse que l'unipolaire.

CASSELBERRY répond affirmativement.

Amygdalites aiguës rhumatismales. — G. HOPE (de New-York), ne croit guère à cette variété d'amygdalites. Il indique vivement le traitement soit par le salicylate de soude, soit par le gaïac si souvent prescrit en vertu d'une simple hypothèse de l'origine rhumatismale ou goutteuse de l'affection.

Lipôme du larynx. — FARLOW (de New-York), rapporte deux cas de lipôme du larynx l'un chez un enfant de deux ans, l'autre chez un homme de 66 ans. L'ablation au serre-nœud fut facile et sans hémorrhagie. Chez le second malade une récurrence fut détruite à l'anse galvanique. Dans cette seconde opération on put nettement constater que le lipôme s'implantait sur le cartilage aryénoïde. Guérison durable.

Ablation des amygdales. — FARLOW discute les divers instruments employés pour cette ablation et montre l'importance de la consistance, du volume, du siège inférieur ou très supérieur de l'hypertrophie.

BOSWORTH oppose également deux formes d'hypertrophie, les amygdales, très saillantes, les amygdales très adhérentes étalées entre les piliers, auxquelles ce procédé ne convient pas.

INGALS a remarqué que l'hémorrhagie était plus fréquente chez les enfants dont les amygdales n'étaient pas très grosses. La cocaïne n'anesthésie pas et fait saigner.

SEILER (de Philadelphie), conseille un amygdalotome dont le grand diamètre de la guillotine soit transversal et non vertical.

DALY croit que beaucoup d'amygdalotomies sont très incomplètes et très mal faites. Il a eu avec l'amygdalotome plusieurs hémorrhagies abondantes.

CASSELBERRY conseille, en raison de l'hémorrhagie, de ne jamais opérer, même chez l'enfant, sans avoir un galvano-cautère à sa disposition.

SHURLY recherche à l'avance si l'amygdale est plus ou moins vasculaire (aspect, coloration). L'ignipuncture à condition d'enfoncer le cautère, non pas dans les cryptes, mais diagonalement entre elles, lui a donné de bons résultats.

Mélancolie guérie par une opération nasale. — BOSWORTH (de New-York). Chez un hypocondriaque qui avait subi, sans grand soulagement de ses douleurs variées, la série d'opérations suivantes, ablation de varicocèle, uréthrotomie, castration, circoncision, ligature de l'artère honteuse interne, ablation d'hémorroïdes, cautérisation rachidienne, ténotomie des muscles de l'œil, énucléation d'un œil, Bosworth trouva une oblitération complète de la narine droite par une déviation de la cloison, une hypertrophie avec myxômes du cornet moyen. La suppression de cette oblitération ramena le malade à la santé. Il faut avouer qu'il le méritait bien après tant de confiance dans la chirurgie.

Ethmoïdite suppurée. — BOSWORTH rapporte un fait d'ethmoïdite suppurée suivie d'invasion du sinus sphénoïdal, d'abcès du cerveau et de mort. Il insiste sur la gravité possible de l'ethmoïdite même légère.

Suppuration des sinus. — J. BRYAN (de Washington), rapporte : 1° un cas d'abcès du sinus maxillaire droit par carie dentaire ; 2° une ethmoïdite suppurée avec carie des cellules ethmoïdales antérieures ; 3° un abcès du sinus frontal, suite de polypes du nez et de rhinite hypertrophique ; 4° un abcès des sinus frontaux, ethmoïdaux et maxillaires, avec carie des cellules fronto-ethmoïdales. Il insiste sur le rôle prépondérant de la grippe dans l'étiologie.

WRIGHT déconseille les opérations trop pressées.

INGALS, dans la sphénoïdite, conseille d'aborder le sinus par sa paroi inférieure plutôt que par sa paroi antérieure.

GLEITSMANN insiste sur la friabilité de la paroi antérieure dans les cas chroniques, friabilité qui facilite l'opération.

DALY n'hésite pas à inciser l'aile du nez pour mieux aborder le sinus sphénoïdal.

MULHALL montre que les complications cérébrales sont plus à craindre dans l'ethmoïdite que dans la sphénoïdite.

Règles générales en chirurgie nasale. — SIMPSON estime que la chirurgie nasale est entrée dans une voie d'interventions exagérées. Rien n'est rare comme deux fosses nasales absolument symétriques. L'ablation d'hypertrophies de cornets peut avoir pour suite des atrophies ultérieures, la destruction de la membrane muqueuse cause des infections assez fréquentes. Il est toujours sage d'essayer les traitements médicaux.

MULHALL croit que l'emploi du galvano-cautère diminue beaucoup les dangers d'infection. Pour calmer la cuisson produite par la chaleur radiante, il se sert avec succès d'une solution saturée de bicarbonate de soude.

WRIGHT recommande de ne pas faire de cautérisations trop profondes et trop étendues.

Angine de Ludwig. — NEWCOMB (de New-York), montre que cette angine n'est qu'une variété de phlegmon infectieux grave. L'incision précoce, l'antisepsie ultérieure rigoureuse sont le seul traitement.

SWAIN pense que l'inflammation peritonsillaire de la base de la langue peut donner lieu à des accidents analogues à ceux de l'angine de Ludwig.

Tuberculose des voies aériennes supérieures. — JONATHAN WRIGHT étudie spécialement le rôle protecteur de la phagocytose et des épithéliums, le rôle des infections nasales dans les méningites tuberculeuses de l'enfance.

RICE montre la rareté de la tuberculose nasale. Peut-être pourtant des lésions légères sont-elles souvent méconnues. Toute ulcération chronique du nez chez un tuberculeux doit être très suspecte, surtout si elle résiste à l'iode.

La tuberculose du pharynx est, d'après lui, presque exclusivement associée aux formes granuliques aiguës. Pour le larynx, si le diagnostic est en général facile, il n'est, dans certaines formes, possible qu'avec l'aide du traitement iode d'épreuve et du microscope. L'anémie palato-pharyngée constitue un des principaux signes du début. Les papillomes à récides sont souvent associés à la tuberculose. Les formes mixtes, syphilis et tuberculose ne sont pas très rares.

SHURLY (de Detroit), signale entre autres moyens de traitement local les solutions de formiate de soude, l'iodoforme. Le gavage lui

a réussi en cas de déglutition douloureuse. L'alcool est souvent nuisible et irritant. Dans les formes désespérées il conseille la morphine à hautes doses.

GLEITSMANN (de New-York), étudie le rôle du curettage dans la tuberculose laryngée.

Il admet les indications suivantes : 1° tuberculose laryngée primitive sans autres lésions ; 2° laryngite avec lésions pulmonaires peu intenses ou enrayées ; 3° ulcérations et infiltrations particulièrement circonscrites ; 4° gonflement dur de la région aryténoïdienne, de la bande ventriculaire, de la paroi postérieure de l'épiglotte ; tumeurs tuberculeuses ; 5° gêne de la déglutition produite par l'infiltration de l'aryténoïde même en cas de phthisie avancée.

Comme contre-indications il signale : 1° la phthisie avancée ; 2° les lésions disséminées du larynx ne laissant entre elles que peu de tissu sain ; 3° l'infiltration profonde produisant la sténose ; en ce cas la trachéotomie est préférable.

Le curettage réussit mieux dans le cas d'infiltrations bien définies que dans le cas d'infiltrations diffuses, mieux dans les infiltrations en général que dans les œdèmes.

Après le curettage, un repos absolu est nécessaire. Des attouchements quotidiens avec l'acide lactique ou la solution de pyocétanine à 1 ou 2 % donnent de bons résultats.

MORRIS MURRAY emploie surtout l'acide lactique, rarement la curette.

INGALS préfère le traitement topique qui lui a donné bien plus de guérisons que le traitement opératoire. Il emploie beaucoup un mélange de tannin, d'acide phénique et de morphine. La douleur est assez vive, mais très courte.

DALY a obtenu des guérisons par le régime, les inhalations, l'iodoforme et la créosote à hautes doses.

WRIGHT est sceptique sur les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose laryngée, quelle que soit la méthode. Bien peu de cas lui semblent justiciables du curettage.

SHURLY, au lieu d'employer comme Ingals un mélange de tannin, d'acide phénique et de morphine, mélange en général assez grave, emploie ces trois agents séparément. Il n'a dans le curettage qu'une confiance très modérée.

Nécrose du cornet moyen. — A. B. TRASHER (de Cincinnati), rapporte deux cas de cette affection assez rare guéris par l'intervention opératoire. Il conseille de se défier des cautérisations au voisinage des cellules éthmoïdales. Il rapporte également un fait de sténose osseuse congénitale des narines.

LANGMAID (de Boston), a observé également trois cas de sténose congénitale. Après l'opération, il faut souvent assez longtemps pour que la respiration nasale s'établisse.

INGALS pense que beaucoup de cas de végétations adénoïdes sont associés à une sténose des fosses nasales postérieures, sténose qui est facilement méconnue.

Papillômes de la cloison. — J. WRIGHT (de Brooklyn), rapporte plusieurs faits de papillômes nés de la cloison et de kystes du naso-pharynx.

NEWCOMB a pu enlever sans hémorrhagie avec le serre nœud un kyste du naso-pharynx, chez un jeune homme de vingt ans.

LANGMAID, dans un cas où le serre-nœud n'avait pas prise, a réussi par l'arrachement. Pas d'hémorrhagie.

Troubles vaso moteurs et affections naso-pharyngées. — DALY, (de Pittsburg), insiste sur le rôle de l'anémie et de la congestion vaso-motrice dans les affections naso-pharyngées.

MULHALL signale l'efficacité du traitement hygiénique, de l'atropine et de la liqueur de Fowler dans ces troubles vaso-moteurs.

Mauvais effets des cigarettes. — MULHALL croit que ces effets sont plutôt généraux (tabagisme) que locaux. Chez un condamné à mort qui, depuis très longtemps et jusqu'au dernier jour, fumait quarante cigarettes par jour, il n'y avait pas trace d'irritation locale sur les organes respiratoires examinés aussitôt après l'exécution.

INGALS croit, au contraire, au rôle local de la cigarette dans certaines toux laryngées.

Les communications suivantes n'ont pu, faute de temps, être faites autrement que par leurs titres.

H. ALLEN (de Philadelphie). — **Corps étrangers de l'œsophage.**

BRYSON DELAVAN (de New-York). — **Affections rhino-pharyngées et troubles du langage.**

C. KNIGHT (de New-York). — **Kystes du sinus maxillaire.**

R. BROWN (de Chicago). — **Pemphigus du pharynx et du larynx.**

W. PORTER (de Saint-Louis). — **Mouvements compensateurs des aryténoïdes.**

Le congrès procède ensuite à l'élection de membres actifs : M. Boylan, de Cincinnati, (travail présenté sur l'herpès chronique du pharynx), Hopkins, de New-York (travail sur l'œdème laryngé), Th. Hubbard, de Toledo (travail sur la laryngite aiguë), H. Nichols (travail sur l'origine intra-nasale de certaines migraines).

Le prochain congrès aura lieu à Pittsburg. Sont élus : *président*,

W. DALY (Pittsburg) ; *vice-présidents* : J. WRIGHT (Brooklyn) ; A. W. DE ROALDÈS (New-Orléans) ; *secrétaire-trésorier* : SWAIN (de New-Hawers) ; *bibliothécaire* : H. BRYAN (Washington).

A. F. PLICQUE.

BIBLIOGRAPHIE

Des végétations adénoïdes. Leur traitement. Résultats post-opératoires, par M^{me} MAGNUS (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Le développement des végétations reconnaît pour causes les inflammations répétées du naso-pharynx, l'influence de certaines maladies infectieuses, enfin la sténose nasale.

L'auteur fait ressortir ensuite le retentissement de l'affection sur les principaux appareils, et le développement général. L'opération doit être pratiquée toujours sous anesthésie au bromure d'éthyle, le patient étant couché, à l'aide de l'anneau de Schmidt, et être suivie de lavages boriqués.

Les avantages considérables de l'intervention sont mis en évidence par les tableaux de croissance post-opératoires portant sur la taille, le poids, le périmètre thoracique, envisagés avant et après l'opération.

L'amélioration est rapide, mais surtout bien apparente au bout de quelques semaines ; peu de cas échappent à cette règle.

L'oreille n'échappe point au bénéfice de l'intervention ; seules les lésions auriculaires graves et anciennes ne permettent guère d'espérer de guérison absolue, mais une amélioration notable seulement.

H. RIPAULT.

Traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles, par STAMATIADÈS (Thèse de doctorat, Paris 1895).

Certains procédés sont à rejeter : l'électrolyse, comme trop lente, et pouvant donner un coup de fouet au mal ; l'arrachement, comme un procédé aveugle, exposant à des hémorrhagies vio-

lentes, voir même à la méningite. Le procédé de choix est la ligature à froid ou à chaud, en morcelant la tumeur, si trop volumineuse ; ceci s'applique aux tumeurs limitées, susceptibles d'être bien et complètement saisies ; pour les tumeurs diffuses, ayant envahi les régions voisines, on donnera la préférence au procédé de Chassaignac, renversant le nez sur le côté, ou à celui d'Ollier, le rabattant de haut en bas.

Ces grandes opérations exposent plus aux hémorrhagies que l'emploi de l'anse suivie de tamponnement au besoin ; les récidives sont également fort bien combattues en agissant par les voies naturelles, à l'aide de la curette, ou d'applications répétées du galvano-cautère ; ces procédés lents permettent même de mieux surveiller la marche du mal (Nélaton) ; enfin, dernier avantage, l'anesthésie locale remplace l'anesthésie générale ; la seule difficulté de l'intervention directe peut être, dans les cas où elle est indiquée, d'atteindre suffisamment le point d'attache de la tumeur.

Quand une opération chirurgicale est nécessaire, la voie nasale doit être préférée à la voie palatine, comme donnant plus de jour à l'opérateur, et n'exposant pas à des pertes de substance auxquelles il faut s'attaquer plus tard.

H. RIPAULT.

Le lavage du naso-pharynx. Ses indications, par PISSOT (Thèse de doctorat, Paris 1893).

L'auteur rappelle d'abord l'utilité des lavages à l'aide du siphon de Weber dans l'ozène, le coryza caséeux, les rhinites purulentes ; il prévient dans une certaine mesure les abcès péripharyngiens, d'origine lymphangitique.

Au cours des *fièvres éruptives*, le lavage prévient les infections secondaires, toujours si graves : otites et bubons de la scarlatine, la néphrite elle-même (Guinon) ; otites et rhinites purulentes de la rougeole ; otites de la variole, otites et même orchites (Burlureaux) des oreillons. La fièvre typhoïde a souvent pour complication des otites moyennes dont le point de départ ordinaire est le naso-pharynx (Netter), ce qui s'explique par la richesse de tissu lymphoïde de la région ; l'oreille est aussi très exposée dans la diphthérie, mono et surtout poly-microbienne, qui a une si grande prédilection pour le nez et le naso-pharynx ; dans ces maladies, comme aussi dans la pneumonie, le lavage est tout indiqué. Les larges irrigations boriquées, répétées deux à trois fois par jour, constitueront un balayage fort utile des produits

nfectieux qui encombrant nez et arrière nez; des statistiques très démonstratives, tirées de la pratique de MM. Gouguenheim et Burlureaux, viennent à l'appui de ces conclusions.

RIPAULT.

Des corps étrangers de l'oreille, par M. BENEDIKT. (Thèse de Strasbourg, 1894.)

Cet ouvrage ne contient aucune donnée nouvelle, mais l'auteur a réuni une statistique assez vaste qu'il publie sous forme de tableaux : 1649 corps étranges chez 112 412 individus souffrant des oreilles. De plus, à la clinique de Strasbourg 154 cas sur 15125 patients. Ce dernier tableau contient des renseignements sur la nature du corps étranger, le traitement appliqué, etc. L'auteur insiste sur les corps étrangers qui pénètrent par la trompe d'Eustache, tels que l'eau, les grains de tabac à priser, des fragments de sondes en gomme, des épis de graminées, des lombrics qui peuvent sortir par le conduit auditif externe. Les divers modes d'extraction sont passés en revue, enfin l'intervention sanglante par la séparation du pavillon de l'oreille; là encore il n'y a rien de nouveau à noter.

M. N. W.

ANALYSES

I. — OREILLE

Recherches sur l'état de l'organe de l'ouïe chez les enfants à l'école, par le Dr OHLEMANN, de Minden. (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. 39, Hft. I. mai 1893.)

Après avoir passé en revue et discuté les divers modes d'investigation de l'oreille (montre, diapason, voix haute ou murmurée, etc.), l'auteur indique les résultats que lui a donné l'examen de 356 écoliers. Sur ce nombre 74, soit 209 $\frac{0}{100}$, présentaient une ouïe défectueuse. Sur ce chiffre, 23, c'est-à-dire

31 %, avaient du catarrhe naso-pharyngien, de l'hypertrophie des cornets ou des amygdales; 6 (8 %) des bouchons cérumineux; 9 (12 %), des lésions de l'oreille moyenne; 28 (39 %), n'avaient pas de cause évidente; enfin 8 (11 %) furent notés comme douteux.

M. LS.

Otite externe et phlegmon mastoïdien dans le cours d'une dysenterie aiguë, par MATHIAS et GRASSER. (*Archiv. de méd. milit.*, 1893, n° 6.)

Aux dix-septième jour d'une dysenterie aiguë survint un phlegmon de l'apophyse mastoïde. On décela dans le pus l'existence du colibacille. Les auteurs admettent que ce microbe a pu, dans ce cas, émigrer hors de l'intestin et produire une sup-puration localisée à distance.

M. LERMOYEZ.

Otite externe diffuse par injections phéniquées, par M. LEDERMAN. (*New-York med. journal*, 18 mai 1893.)

Observation d'otite externe double très grave due à des injections phéniquées très fortes faites sur avis extramédical d'ailleurs, pour une simple démangeaison du conduit auditif dépendant d'un peu d'eczéma. Troubles oculaires, conjonctivite, urines vert olive, œdème étendu jusqu'à l'orbite. Le traitement parvint à éviter l'atrésie du conduit et l'affaiblissement de l'ouïe (lavages avec la solution de Labarraque, politzérization.)

A. F. PLICQUE.

Un procédé simple pour le traitement mécanique de certaines otites moyennes chroniques non suppuratives (massage du tympan et de ses annexes) par HAUG (*Deutsch. med. Woch.*, 1893).

Le traitement mécanique par la pression et la décompression de l'air, par le massage oscillatoire ou simple, a fait ses preuves depuis longtemps, mais ce traitement demande à être poursuivi régulièrement et souvent pendant longtemps, d'où la nécessité de mettre à la disposition du patient un appareil assez simple pour qu'il puisse se soigner seul, efficacement et sans danger; c'est cet appareil, utilisé par plus de 300 malades dans l'espace de six ans, que l'auteur décrit. Il consiste en un tube de caoutchouc de cinquante centimètres, à parois épaisses et dures, muni à une extrémité d'un embout en bois qui s'adapte

à un entonnoir auriculaire ordinaire, mais garni à son bout d'un petit tube en caoutchouc de manière à pouvoir se fixer au méat hermétiquement ; l'autre extrémité du grand tuyau porte une petite olive creuse, par laquelle le patient aspire lui-même l'air et le refoule ensuite. Il faut bien faire comprendre que l'aspiration doit toujours être lente et douce jusqu'à provoquer une sensation de forte aspiration du tympan, mais jamais la moindre sensation douloureuse ; le refoulement de l'air sera court et faible ; après 10 à 20 mouvements successifs on termine par une aspiration. En observant ces règles, ce qui est facile pour un malade d'intelligence quelconque, on n'a aucun accident à craindre. Lorsque le tympan n'est le siège d'aucune sensation pendant l'aspiration, le pronostic est mauvais et le traitement mécanique n'a guère de chance de succès. Lorsqu'il y a quelque chose à espérer du traitement par le massage, l'amélioration est plus ou moins rapide mais toujours graduelle sans sauts brusques ni rechutes, tandis que les oscillations du pouvoir auditif sont constantes dans le traitement par le cathétérisme et les bougies ; souvent la combinaison des deux méthodes est tout à fait indiquée.

M. N. W.

A propos de quelques cas d'otite moyenne purulente consécutive au tamponnement postérieur des fosses nasales et des moyens succédanés de ce tamponnement, par V. GALETTI. (*Arch. ital. di otol.*, etc., 1895, fasc. 1 et 2.)

L'auteur rapporte quatre cas d'otite moyenne aiguë développés de 48 à 100 heures après un tamponnement postérieur. Il considère que ce mode de traitement doit être absolument condamné et rappelle les autres moyens que nous avons à notre disposition pour arrêter les épistaxis : cautérisations au galvano, application de la canule-tampon de Dionisio, qui n'est qu'une modification du vulgaire sac de baudruche ; irrigations pratiquées avec de l'eau oxygénée, méthode que l'auteur n'a vu échouer qu'une fois jusqu'ici ; enfin, pour les médecins de campagne qui n'ont pas ces moyens à leur disposition, irrigations d'eau à 5⁰/₆, injections d'ergotine et tamponnement antérieur.

M. BOULAY.

Essai sur la distribution géographique de la surdi-mutité en Italie, par D'AGUANO. (*Bollet delle malat. dell' orecch.*, etc., 1895, n° 6.)

Bien que les données sur lesquelles reposent les statistiques

soient différentes selon les diverses nations, l'Italie paraît-êre un des pays où les cas de surdi-mutité sont le moins nombreux ; la Suisse est le pays qui en renferme le plus ; la Belgique et la Hollande ceux où il y en a le moins. Contrairement à ce qui se passe en France, le pourcentage des cas de surdi-mutité subit en Italie une diminution notable et presque constante. La répartition de ces cas dans les différentes régions de la péninsule est très irrégulière, c'est la contrée alpine qui en fournit le plus. L'altitude, la nature des eaux et du sol, semblent avoir une influence sur le développement des cas congénitaux, tandis que les endémies ou les épidémies de fièvres infectieuses, telles que la fièvre typhoïde et la méningite cérébro-spinale, en auraient une sur l'apparition des cas acquis. Pas plus en Italie qu'ailleurs on ne trouve de rapport constant et direct entre le chiffre de la morbidité par maladies auriculaires et celui de la surdi-mutité.

M. BOULAY.

Surdité hystérique (ou fonctionnelle), par W. F. VAN DYCK. (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 973).

Jeune homme de 19 ans, aide de cuisine sur un yacht, devenu sourd et muet graduellement dans l'espace de quelques jours ; oreille externe et tympan normaux, pas de stigmates hystériques, absence visible de simulation ; il lit les questions écrites et répond par écrit, mais n'essaye pas de communiquer spontanément avec son entourage ; divers sons violents et subits ne sont pas perçus ; pourtant un ordre donné d'une voix ordinaire « revenez sur vos pas » lorsque le garçon marchait, est obéi simplement ; le médecin insiste alors, obtient des réponses par signes à quelques questions posées à voix haute et nette et quelques instants plus tard, il apprend que le garçon vient de demander une tasse de thé de sa voix ordinaire. Le lendemain l'ouïe et la parole étaient revenues à l'état normal. Une attaque semblable avait eu lieu vers l'âge de 14 ou 15 ans ; la surdi-mutité a été guérie par un médecin qui lui « a soufflé dans les oreilles. »

M. N. W.

Un cas de maladie de Ménière, par GALLOW. (Section malaise de la British medical association, in *Brit. med. journ.*, 1895, p. 539).

Femme de 60 ans, prise soudainement de vertige, de bourdonnements dans l'oreille gauche et de vomissements ; ces

attaques se répétèrent depuis trois ou quatre fois par semaine ; il y avait de plus de l'hémianopsie durant l'attaque, mais les yeux et les oreilles ne présentaient d'ailleurs rien d'anormal.

M. N. W.

Otomycosis, par HIGHET. (Section malaise de la Brit. med. ass. *Brit. med. journ.*, p. 539, 1895).

C'est, paraît-il, une affection des plus communes à Singapour, contractée le plus souvent dans l'eau de mer ; suivant le D^r Greig les bains d'eau douce jouent le même rôle que les bains salés.

Le nettoyage antiseptique et l'attouchement des parties malades avec une solution de sublimé dans l'alcool à 4 p. 1000 paraissent les moyens les plus sûrs pour combattre ce mal si sujet aux rechutes.

M. N. W.

Le sulfite de calcium comme prophylactique de l'influenza, par W. E. GREEN. (*Brit. med. journ.* 1895, p. 977).

L'auteur se fonde sur un très grand nombre d'observations recueillies depuis la première épidémie d'influenza pour conclure à l'action presque infaillible du sulfite de calcium comme préservatif contre la contagion. Il le donne à la dose de 0 gr. 6 centig. par jour pendant des semaines, aussi longtemps que dure l'épidémie ; le médicament est facilement assimilé et a, à ce point de vue, une grande supériorité sur la quinine ; on peut commencer par cette dernière lorsque le cas est urgent, car il faut bien 3 jours avant que l'organisme ne soit mis à l'abri du contagé par le sulfite de calcium ; on continue ensuite l'usage de ce dernier médicament.

Le sulfure de calcium n'a pas la même action. M. N. W.

Soins de l'oreille et du nez dans les exanthèmes, par WENDELL C. PHILIPS. (*Med. record*, 9 février 1895).

P. après avoir montré que sur 600 cas d'otites chez l'enfant, Downie en a rencontré 131 dus à la rougeole, 63 à la scarlatine, indique la prophylaxie : lavages fréquents du naso pharynx avec des antiseptiques faibles pour maintenir la perméabilité de la trompe d'Eustache. Les insufflations d'air sont dangereuses : elles doivent être réservées pour le moment où l'otite moyenne est déjà produite. L'otite suppurée doit être traitée le plus promptement possible.

A. F. PLICQUE.

De l'érysipèle consécutif aux otites, par HESSLER. (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 3, 1895).

Sept cas d'érysipèle autochtone, sans contagion reconnue, consécutifs à des suppurations de l'oreille externe et moyenne. Dans la plupart des cas, il y avait participation de l'apophyse mastoïde au processus ; trois fois l'érysipèle se déclara après l'ouverture de l'apophyse ; deux fois, il lui fut antérieur : néanmoins malgré cela les malades furent opérés et guérirent. De ces cas, terminés favorablement sauf un, H. tire cette conclusion que l'érysipèle n'est pas une contre-indication à l'ouverture de l'apophyse mastoïde : qu'au contraire il faut en pareille circonstance intervenir au plus vite pour prévenir des complications cérébrales.

M. LERMOYER.

Du traitement de la suppuration chronique de l'oreille moyenne, par ARTHUR HARTMANN. (*Deutsche Aerzte-Zeitung*, n° 10, 1895).

Exposé des notions actuellement classiques sur la nécessité des ouvertures larges, de la mise à nu complète du foyer de suppuration toutes les fois que les pansements méthodiques ne viennent pas à bout de l'écoulement ; l'auteur rappelle que ses propres études anatomiques ont établi qu'il faut, pour découvrir l'attique, s'attaquer non pas à la paroi postérieure du conduit auditif trop proche du canal facial, mais à la paroi postéro-supérieure ; deux figures nous montrent à nouveau les rapports qu'il est indispensable d'avoir présents à l'esprit en opérant.

M. N. W.

De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher, par M. GANGOLPHE et SIRAUD. (*Revue de chirurgie*, avril 1895, p. 300.)

Les auteurs proposent de remplacer le procédé classique de l'ouverture du conduit auditif en arrière du pavillon par une voie nouvelle qu'ils appellent la voie préauriculaire qu'ils considèrent comme plus simple, moins périlleuse et plus commode. Voici le procédé : incision en avant de l'antitragus s'étendant de l'hélix au lobule de l'oreille, les organes vasculo-nerveux intéressés dans cette incision sont insignifiants, réclinaison en avant de la glande parotide, immédiatement on se trouve sur le conduit cartilagineux que l'on divise dans sa longueur, ce qui permet l'exploration facile de ce conduit et de la caisse, en même temps le

procédé permet d'examiner facilement jusqu'à la base du crâne et jusqu'au rachis à travers la paroi du pharynx, il est facile aussi d'explorer les apophyses mastoïde et styloïde. Grâce à ce procédé les auteurs purent extraire assez aisément un corps étranger et nettoyer le conduit auditif et la caisse.

A. G.

Les fautes journalières en otorhinologie, par AVELLI. (*Gaz. degli ospit.*, 16 mai 1895.)

Curieuse leçon humoristique ou Avelli montre : 1° qu'il n'est pas inutile d'inciser à temps les otites moyennes aiguës ; 2° que les insufflations de poudre d'acide borique peuvent parfaitement amener l'obstruction du conduit auditif ; 3° que le sulfate de quinine et le salicylate de soude peuvent amener des surdités durables ; 4° que les corps étrangers doivent être extraits avec précaution ; 5° que les stations hydrominéales, la gymnastique suédoise, le massage et les toniques constituent dans le traitement des épistaxis par varicosités de la pituitaire des moyens qui ne peuvent pas remplacer la cautérisation ; 6° que les lésions nasales peuvent entraîner des accidents réflexes et qu'en particulier la sécheresse de la bouche et du pharynx peut survenir par d'autres causes que le diabète ; 7° qu'il est indispensable pour les praticiens de connaître au moins les éléments de l'otorhinologie.

A. F. PÉRICQUE.

Remarques concernant l'histoire de la mise à nu de l'antre mastoïdien et de la voûte de la caisse du tympan, par ARTHUR HARTMANN (*Zeitschr. für Ohrenheilk.*, t. XXVI, p. 105).

L'auteur résume dans cet article ses divers travaux et ses communications aux Congrès sur les ouvertures larges et rigoureusement définies au point de vue anatomique ; plusieurs figures précisent les dispositions anatomiques utiles à connaître pour l'opérateur. Il n'y a, d'ailleurs, pas de données nouvelles dans cet article ; l'auteur insiste une fois de plus sur la nécessité et l'innocuité des opérations qui permettent d'arriver librement jusqu'aux parties reculées de la caisse malade.

M. N. W.

Un cas de mastoïdite double avec thrombose septique du sinus

latéral, par H. SECKER WALKER (*British med. journ.*, 1895, p. 806).

Femme de 24 ans, apportée à l'hôpital dans un état semi-comateux, avec des frissons, des vomissements, de la fièvre, et complètement sourde; on constata aussi de la névrite optique bilatérale, du strabisme convergent et une hémiparésie douteuse de la face. De vastes collections fluctuantes se trouvaient sous le cuir chevelu des régions pariétales, derrière les apophyses mastoïdes en apparence saines; les conduits auditifs se trouvaient remplis de pus et le gauche était en grande partie oblitéré par une saillie de la paroi postérieure. Diagnostic: otite moyenne suppurative bilatérale, envahissement des mastoïdes, thrombose septique de l'un des sinus latéraux, le gauche probablement. Opération: incision de l'abcès gauche dont le fond est constitué par l'os, ouverture de l'antre mastoïdien à travers l'apophyse dure et saine d'aspect, l'antre est plein de pus et de caséum; l'oreille est détachée, réclinée en avant, la paroi postérieure du conduit osseux est enlevée, de même, ce qui reste du tympan et des osselets, et le tout lavé et nettoyé, puis bourré de gaze. Ensuite le sinus mis à nu fut trouvé baigné de pus; découvert sur une étendue plus grande, incisé, vidé de son pus et de son thrombus désagrégé jusqu'à l'apparition d'un jet de sang pur; le sinus fut enfin bouché au moyen de la cire antiseptique de Horsley; il fut procédé de même pour la partie descendante du sinus. Enfin, on procéda rapidement à l'incision de l'abcès et à l'ouverture de l'antre du côté droit, en respectant cette fois le sinus. L'amélioration se manifesta dès le lendemain, mais on trouva en même temps de la parésie du bras gauche; le quatrième jour, un vaste abcès fut découvert et incisé au-dessous de la protubérance occipitale externe. La guérison marcha dès lors rapidement, la névrite optique disparut, de même que le strabisme, et l'ouïe se rétablit suffisamment dans l'oreille droite. Il resta de la surdité complète à gauche et de la parésie du bras gauche. Les abcès avaient été d'origine pyémique tous les trois, sans continuité avec le pus des oreilles.

M. N. W.

Un cas de pyémie d'origine auriculaire sans thrombose du sinus, traité par la ligature de la jugulaire interne et l'incision du sinus latéral, par EDWARD DEANESLY (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 805).

Fillette de 4 ans, atteinte d'otorrhée double onze jours après

le début d'une scarlatine grave ; trois semaines plus tard, un abcès fut incisé au niveau de la mastoïde gauche, mais le soulagement passager fut bientôt suivi de phénomènes pyémiques aigus et l'auteur eut recours à l'opération suivante : la jugulaire fut liée au-dessus du muscle omohyoidien et sectionnée entre deux ligatures ; la veine ne présentait pas de signes d'inflammation. Cette première plaie une fois suturée et protégée, il fut procédé à l'ouverture de l'antra mastoïdien ; le sinus latéral facilement mis à nu et bien reconnaissable à cause de sa tension, ne paraissait pas altéré et donna abondamment après l'incision ; l'hémorrhagie s'arrêta après le tamponnement de la plaie, mais elle recommença le lendemain lorsque le tampon de gaze fut retiré ; l'hémostase fut obtenue cette fois en introduisant une bandelette de gaze dans le sinus même. Au bout de quelques jours, du pus fétide s'était formé tant au niveau de la mastoïde que de la plaie cervicale superficiellement cicatrisée. L'enfant succomba 13 jours après l'opération. A l'autopsie on trouva l'oreille droite, non opérée, aussi malade, aussi pleine de pus, que la gauche ; le sinus sigmoïde gauche et la jugulaire contenaient un thrombus fétide, évidemment post opératoire. Ainsi, cette opération, conduite suivant la méthode de Ballance, n'a, en somme, fait qu'empirer la situation ; il aurait fallu ouvrir l'oreille droite, ne pas fermer complètement la plaie cervicale, et y fixer le bout supérieur de la veine, afin de pouvoir enlever le caillot septique lors de sa formation.

M. N. W.

Tuberculose primitive de l'apophyse mastoïde, par H. KNAPP, de New-York. (*Arch. of otol.*, n^{os} 1 et 2, 1894).

Knapp rapporte l'histoire d'une petite fille de 5 ans qui présentait une lésion des vertèbres, une ulcération granuleuse sous le cou de-pied gauche, une ulcération avec séquestre du rebord orbitaire à droite et une autre de même nature à la partie inférieure et extérieure de l'orbite droit. De plus, l'apophyse mastoïde droite et la partie supra-auriculaire de l'os temporal présentait un gonflement très marqué avec ulcération granuleuse laissant écouler un pus fétide. Les deux pavillons, conduits, tympans et caisses étaient normaux, et l'ouïe était intacte. Knapp enleva les parties osseuses nécrosées des orbites et de l'apophyse mastoïde et obtint une guérison complète en quelques mois. Il admet la rareté des ostéites tuberculeuses primitives de la mas-

toïde, mais croit que des examens attentifs révéleraient la nature bacillaire de ces affections plus souvent que ne le pense Schwartz.

M. Ls.

Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher ? par GARNAULT. (*Bulletin de la Société de biologie*, Paris 1895, p. 112).

Les conclusions que l'auteur a tenté de déduire de l'examen d'un grand nombre de crânes sont encore trop incertaines pour pouvoir servir infailliblement dans le choix de l'opération de la trépanation du rocher, car les dispositions qui existent chez un certain nombre de dolicoéphales, telle que la situation plus élevée de la fosse cérébrale moyenne, ne se rencontrent pas régulièrement dans tous les cas ; indépendamment de l'indice céphalique, il y a des conditions anatomiques telles que la petitesse de l'apophyse, l'état diploétique ou compact du tissu osseux qui régissent peut-être avec plus de sûreté la situation de la fosse cérébrale moyenne ou celle du sinus latéral.

A. G.

Présentation d'un malade opéré d'ouverture attico-mastoldienne pour une ostéite fongueuse ancienne avec application de lambeaux cutanés sur la brèche osseuse, par LUC. (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.*, Tome VIII. n° 1, p. 1, janvier-février 1895).

L'auteur présente un malade chez lequel il dut pratiquer un évidement de l'oreille moyenne pour un vaste foyer d'ostéite fongueuse tuberculeuse. L'intérêt de cette observation réside dans l'application de la méthode, actuellement employée par un grand nombre d'otologistes allemands, d'autoplastie destinée à accélérer le travail de réparation. Luc adopta le procédé de taille des lambeaux décrit par Kretschmann.

Une fois les surfaces osseuses soigneusement curettées puis touchées avec des tampons imprégnés d'une solution de chlorure de zinc au tiers, il pratique à deux centimètres en arrière de l'incision rétro-auriculaire, et parallèlement à elle, une incision de même longueur. Ces deux incisions ayant été réunies à la partie moyenne par une incision perpendiculaire, L. obtint ainsi deux lambeaux quadrilatères

qui furent libérés l'un de bas en haut, l'autre de haut en bas, et, respectant le périoste, appliquées, et fixées sur la brèche osseuse.

Étant donné l'avantage qu'il y a à maintenir ouverte en permanence la brèche osseuse rétro auriculaire, au double point de vue de la rapidité de l'épidermisation de l'oreille moyenne et de la sûreté de la guérison, les lambeaux cutanés aident à obtenir plus rapidement que jadis un résultat : dans le cas présenté par Luc, il suffit de trois mois pour que toute trace de suppuration disparut.

M. L.

II. — NEZ ET SINUS

Les micro-organismes dans les fosses nasales saines, par ST. CLAIR THOMSON et R. T. HEWLETT (*Proc. of the royal med. and. chir. soc. of. London*, séance du 28 mai 1895).

Les auteurs ont entrepris l'étude de la bactériologie des voies aériennes supérieures et ils ont commencé leurs recherches dans les fosses nasales à l'état sain.

Les résultats auxquels ils sont arrivés contrastent d'une manière frappante avec ceux qu'ont obtenus les auteurs antérieurs et ils sont en opposition directe avec l'opinion admise par la plupart des médecins, opinion fondée simplement sur un raisonnement *a priori*. Chaque heure, nous inspirons cinq cents litres d'air renfermant environ chacun quinze cents microorganismes. Comme la plus grande partie de ceux-ci viennent en contact avec la muqueuse humide qui tapisse les défilés tortueux des fosses nasales, on a cru pouvoir affirmer que l'intérieur du nez montre une grande abondance de microorganismes. Et ce qui contribue à faire accepter cette notion erronée, c'est la rareté extrême de l'examen bactériologique du nez fait à l'état normal. Seuls Löwenberg et Hajek ont trouvé fort peu de bactéries dans le nez normal. Plus tard, Wurtz et Lermoyez ont insisté sur la pauvreté du mucus nasal normal en microbes, ce qu'ils attribuaient à son pouvoir bactéricide. A part ces trois observateurs, tous les autres ont trouvé dans le nez de nombreux microbes. L'un trouve le streptocoque de Fehleisen chez 4/5 des fosses nasales saines ; un autre trouve le pneumocoque une fois sur quatre ; d'autres encore trouvent associés le diplobacille de

Friedländer, le streptocoque pyogène, et le staphylocoque doré.

Les auteurs de ce travail se sont bornés, à l'aide de préparations colorées au violet de gentiane et de cultures sur gélose, de constater la présence ou l'absence de bactéries dans les fosses nasales, sans s'attacher à les différencier. Trente individus sains ont été examinés. Vingt sept cultures et quatorze préparations ont été faites avec des prises faites dans le vestibule du nez, soixante-six cultures et trente préparations faites avec des prises pratiquées sur la muqueuse des fosses nasales. Les conclusions suivantes en découlent :

1° Dans tous les examens bactériologiques faits sur les fosses nasales, de même que dans toutes les recherches faites sur l'action du mucus nasal, il faut faire une distinction nette entre le vestibule du nez et la fosse nasale proprement dite. Le vestibule, à paroi cutanée, tapissée de poils, de glandes sudoripares et sébacées, n'appartient point au nez proprement dit.

2° L'oubli de cette distinction explique les divergences extrêmes qu'on note dans les travaux des auteurs précédents.

La contamination par le contenu du vestibule est difficile à éviter dans les recherches faites sur les fosses nasales.

3° Les microbes sont toujours présents dans la poussière, dans les croûtes situées au milieu des vibrisses, et ils y sont très abondants.

4° Dans la fosse nasale proprement dite c'est l'inverse qu'on observe. Les auteurs n'affirment pas que les microbes y manquent complètement, exceptionnellement on peut les y rencontrer, mais à l'état normal ils s'y montrent toujours clairsemés. Dans plus des $\frac{4}{5}$ des cas observés, le mucus s'est montré complètement stérile.

5° La présence des microbes pathogènes sur la pituitaire est absolument exceptionnelle.

On conçoit l'importance de ces faits dans la clinique rhinologique, ainsi que dans la chirurgie nasale. M. LERMOYER.

Contribution à l'étude de la morphologie des fosses nasales.
L'organe de Jacobson, par GARNAULT (*Bulletin de la société de biologie*, mai 1895, p. 322).

Des recherches de quelques naturalistes et histologistes, il résulte que l'organe de Jacobson existe bien en réalité et cette existence a été constatée par l'auteur, mais il s'atrophie aussitôt

et disparaît chez le vivant après la vie fœtale et il semble donc difficile de lui bien associer un rôle biologique quelconque et surtout un rôle pathologique que Garnault conteste absolument; il ne croit pas à une relation quelconque entre l'ulcère rond et une maladie d'un organe qui a entièrement disparu depuis longtemps.

A. G.

Considérations sur le mécanisme vasculaire de la membrane muqueuse du nez et sur ses relations avec certains processus pathologiques, par JONATHAN WRIGHT (*Amer. Journ. of med. sciences*, mai 1895).

L'auteur étudie d'abord les conditions physiologiques de la circulation des cornets. Il constate, à regret, qu'à New-York même, il est difficile de se procurer des têtes d'adultes suffisamment fraîches, pour pouvoir étudier la membrane du nez dans de bonnes conditions. Aussi, a-t-il été obligé d'examiner la pituitaire des moutons et celle d'enfants mort-nés ou morts peu de jours après la naissance. Malgré ces conditions d'étude désavantageuses, il pense que, physiologiquement, l'augmentation du calibre des artérioles, en comprimant les veinules qui les accompagnent, joue un grand rôle dans la congestion de cette région. Il donne aussi un rôle actif à l'engorgement veineux péri-glandulaire, en ce qui regarde les modalités successives de la sécrétion dans l'inflammation aiguë de la muqueuse nasale, et, comme conséquence, à la contraction des fibres lisses du stroma.

H. DU F.

Oblitération osseuse congénitale de la choane droite, par W. ANTON (*Arch. of Ohrenheilk.* Bd. 38, Hft. 1 u. 2).

Le porteur de cette anomalie, un homme de 21 ans, avait vécu jusqu'à douze ans sans se douter que l'une de ses fosses nasales était imperméable à l'air; il ne s'en aperçut à cet âge que par hasard en essayant de se moucher alternativement par l'une et l'autre narine. Les seuls troubles accusés au moment de l'examen, un peu de dyspnée dans les efforts et de sécheresse de la gorge pendant la nuit, n'existaient que depuis un an.

Les fosses nasales offraient une conformation normale; la cloison était seulement légèrement déviée à droite. A la rhinoscopie postérieure on constatait que la choane droite était fermée par une membrane verticale, blanche, brillante comme un

tendon, déprimée au centre, et parcourue de haut en bas par quelques vaisseaux sanguins. Elle était ferme et non dépressible sous le stylet. Odorat nul de ce côté.

La plaque osseuse fut perforée à l'aide d'un foret monté sur un tour de dentiste ; son épaisseur approximative était de trois quarts de millimètre à 1 millimètre. L'orifice fut ensuite élargi avec un foret plus volumineux ; trois mois après l'opération le diamètre de l'orifice était de 6 à 7 millimètres ; l'odorat n'était pas revenu.

M. BOULAY.

Epistaxis de la grossesse, par TH. HUBBARD (*Medical record*, 20 avril 1893.)

H. a traité cinq cas d'épistaxis survenus dans la grossesse, ordinairement du quatrième au septième mois. Dans ces cas la rupture d'une artère de la cloison put être constatée. Une seule cautérisation fut suffisante pour quatre d'entre eux. Mais le cinquième se termina par la mort l'hémorrhagie s'étant d'ailleurs compliquée d'accidents infectieux. Le tamponnement postérieur doit toujours être évité comme favorisant l'infection. Dans ces hémorrhagies puerpérales Halaway a obtenu de bons résultats des injections hypodermiques de strychnine a hautes doses. La strychnine agit non seulement contre l'hémorrhagie, mais contre la dépression nerveuse.

A. F. PLICQUE

Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison du nez, par Y. ARSLAN. (*Arch. ital. di otol.*, 1895, fasc 1.)

Dans toute la littérature médicale A. n'a trouvé que 131 cas de tumeurs de la cloison, dont 40 de nature syphilitique et 25 d'origine tuberculeuse. Parmi les néoplasmes proprement dits le plus fréquent est le sarcome qui représente plus de 36 % des cas ; puis viennent les polypes dans la proportion de 28 %.

Le sexe féminin offre une plus grande prédisposition au développement de ces tumeurs, en particulier des sarcomes. Elles siègent le plus souvent sur la portion cartilagineuse, sans doute parce qu'elle est plus exposée. Les tumeurs bénignes de cette région paraissent plus aptes que celles des autres organes à se transformer in situ en tumeurs malignes.

L'auteur rapporte quatre observations de tumeurs de la cloison : dans deux cas il s'agissait de fibro sarcomes, dans un

autre d'adéno-fibrôme, dans le dernier enfin de granulôme inflammatoire simple.

M. BOULAY.

Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison du nez, par STRAZZA.
(*Bollet. dell. malat. dell' orecch., etc.*, 1895, n° 3.)

S. rapporte deux cas de tumeurs de la cloison. Dans l'un il s'agissait d'une femme de 60 ans, atteinte d'épistaxis depuis sa jeunesse et qui avait senti se développer depuis quelques mois une excroissance charnue dans la narine gauche : celle-ci était remplie par une masse bleuâtre, molle, de la grosseur d'un œuf de poule, implantée sur le septum. Une partie de la tumeur ayant été enlevée à l'anse galvanique, il s'en suivit une violente hémorrhagie. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un angiôme à système cavitaire très développé (cavernôme). Sous l'influence de quatre séances d'électrolyse de dix minutes de durée chacune et où l'on n'employa pas un courant de plus de 40 milliampères, la tumeur diminua de volume et augmenta de consistance. Six semaines après la dernière séance d'électrolyse, elle avait à peu près disparu.

Le second cas concerne un jeune homme de 17 ans chez lequel il existait sur la partie antérieure de la cloison, à gauche, une tumeur largement ulcérée. Les parties qui limitaient l'ulcération, à fond grisâtre, étaient constituées par une masse d'aspect verruqueux et d'une certaine consistance. On crut à une périchondrite tuberculeuse. Or, le diagnostic histologique fut épithélioma à cellules parvimenteuses. Ablation ; trois mois après récidive en un point limité de la peau du dos du nez.

M. BOULAY.

L'ozène, par ABATE. (*Arch. ital. di laring.*, janvier 1895.)

L'auteur passe en revue les diverses théories pathogéniques de l'ozène ; théories anatomo-physiologique, chimique, tropho-névrotique, parasitaire, diathésique ou dystrophique. Il termine par les conclusions suivantes : on naît avec l'ozène parce qu'on naît scrofuleux ; l'ozène est héréditaire, mais non contagieux ; pour qu'un microbe (ou peut-être plusieurs) se développe et donne lieu à l'odeur spécifique et à la singulière modification des sécrétions, il faut que la muqueuse nasale offre des conditions pathologiques tout à fait spéciales.

M. BOULAY.

Le traitement de l'ozène, par HUNTER MACKENZIE (*Brit. med. journ.* 27 avril 1895.)

L'auteur traite l'ozène par le curettage de la muqueuse afin d'obtenir ainsi la formation d'une membrane nouvelle ; des cas d'ozène très grave ont été complètement guéris ainsi ; entre autre celui d'une jeune fille renvoyée de son institution pour ce mal ; la guérison dans ce cas se maintient depuis cinq ans. Un travail détaillé suivra cette communication préliminaire.

M. N. W.

Le pronostic des opérations nasales au cours des épidémies de grippe, par BRYSON DELAVAN (*New-York med. journal*, 8 juin 1895.)

B. Delavan pose en axiome que pendant toute épidémie de grippe il faut laisser le nez absolument tranquille. Toute opération est en général suivie d'une attaque aiguë et parfois grave d'influenza. Comme ces opérations ne sont jamais urgentes, il y a tout avantage à les différer.

Ce qui est vrai de la grippe l'est également de la fièvre de foin. Chez les malades sujets à l'hay fever on doit, pour les opérations, éviter la saison de leurs attaques, ordinairement le mois de juin.

A. F. PLICQUE.

Anévrysme artériel de la carotide interne au niveau du sinus carverneux gauche, communication avec le sinus sphénoïdal droit, hémorrhagies nasales, mort, autopsie, par GUIBERT (*Annales d'oculistique*, mai 1895.)

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade qui, après une chute sur une fourche, se fit une plaie pénétrante de l'œil droit ayant nécessité l'énucléation. En outre l'œil gauche présentait une ophtalmoplégie totale, sans lésion du fond de l'œil, qui disparut au bout de quelques semaines. Pendant près de quatre mois, le malade fut en proie à une céphalgie atroce et fut atteint de dix à douze épistaxis extrêmement abondantes. L'hémorrhagie, au début et à la fin, se produisait par la narine droite, mais le sang coulait à flot par les deux fosses nasales, d'un jet continu, et la quantité rendue était supérieure à un litre ; c'est à la suite d'une de ces hémorrhagies que le malade succomba. L'autopsie montra une fracture de la base intéressant la selle tur-

cique avec une esquille correspondant au sinus sphénoïdal gauche. En outre sur le côté gauche de la selle turcique, dans la gouttière caverneuse, on constatait un anévrysme de la carotide interne, sans communication avec le sinus caverneux, et qui envoyait un prolongement dans le sinus sphénoïdal droit. Ce dernier était rempli de caillots sanguins qui se continuaient avec des caillots occupant la narine droite et une partie du sinus maxillaire du même côté.

En somme, observation très intéressante au point de vue rhinologique et qui montre bien les déviations que peut présenter la cloison médiane divisant le sinus sphénoïdal. Dans le cas particulier, lorsqu'on poussait une injection colorée par l'orifice situé sur le côté gauche du sinus sphénoïdal, orifice ayant livré passage au prolongement de l'anévrysme, cette injection ressortait constamment par la narine droite, ce qui explique pourquoi les hémorrhagies se produisaient toujours de ce côté, bien que l'anévrysme ait siégé à gauche.

G. LAURENS.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

Mutisme hystérique guéri par l'éthérisation par C. GIOFFREDI (*Il progresso medico*, 23 février 1895).

G. discute la pathogénie du mutisme hystérique, paralysie fonctionnelle de la zone corticale commandant les articulations du larynx ou excitation du pouvoir inhibiteur de la volonté. Il croit plutôt à cette dernière action. L'éthérisation moyen, très facile, très efficace, qui lui a réussi non seulement dans l'observation publiée mais dans un cas antérieur, constitue le meilleur moyen de faire cesser cette inhibition.

A. F. PLICQUE.

Une conformation rare, probablement congénitale, des piliers du voile du palais, par ROBERT FULLERTON. (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895.)

Femme de 29 ans, sans antécédents ni vestiges de syphilis, sauf quelques cicatrices dont l'origine s'explique autrement. L'aspect des piliers est tout à fait anormal, à l'insu de la patiente ; il n'y a point d'amygdales ni de logettes pour les contenir ; un seul pilier descend à gauche, va s'élargissant par le bas

et laisse un passage entre sa surface externe et la paroi buccale; il existe une sorte de bandelette qui est le vestige du pilier postérieur; à gauche cette ébauche de pilier postérieur est plus nette, mais la conformation générale est la même. La muqueuse est détruite sur une grande étendue, dans le pharynx presque jusqu'à l'œsophage, dans le naso-pharynx et dans l'oro-pharynx sans qu'il n'y ait nulle part de brides cicatricielles. L'auteur conclut avec la majorité des membres de la Société Médico-Chirurgicale de Glasgow auxquels la malade a été présentée, à une anomalie congénitale des piliers.

M. N. W.

De la tuberculose des amygdales, par PURVES STEWART (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1893.)

Enfant de 10 ans, amygdales enlevées pour une hypertrophie en apparence simple; elles ne présentent rien de particulier à l'œil nu, que des cryptes considérables. L'examen microscopique y fait reconnaître la présence de très nombreuses cellules géantes, entourées de cellules lymphoïdes et épithélioïdes, mais le bacille de la tuberculose n'a pas été trouvé au milieu des nombreux microorganismes des cryptes.

Les végétations adénoïdes du pharynx, enlevées chez le même enfant, ne contenaient pas de cellules géantes; quelques glandes cervicales, par contre, présentaient toutes les phases de la dégénérescence tuberculeuse depuis l'hypertrophie jusqu'à la caséification.

M. N. W.

Du chancre amygdalien, par M. le Prof. FOURNIER (*Bulletin médical*, nos 9 et 10, 1893).

Etude remarquablement précise d'une affection longtemps ignorée et méconnue, localisée dans un organe où tout contagement charrié par la salive s'arrête et se développe avec une grande facilité.

Le chancre de l'amygdale, ordinairement unique et unilatéral, occupe le plus souvent toute l'étendue de la surface de cet organe.

Cette lésion, qui attire l'attention du malade par une douleur angineuse, persiste quelques septénaires, comme toute affection de cette nature, et se présente au clinicien sous plusieurs aspects différents :

1. *Chancre de forme érosive.* — Forme bénigne, caractérisée

par une amygdale à peine tuméfiée portant une érosion superficielle. Troubles fonctionnels peu marqués, pas davantage de phénomènes objectifs. Noter :

- a) L'adénopathie du chancre ;
- b) La dureté de la base de la lésion.

2. *Forme ulcéreuse*. — Plus caractéristique, douloureuse. Ulcération étendue, de mauvaise mine, sur une amygdale très résistante.

3. *Forme angineuse*. — Peu commune. C'est une amygdalite (hypertrophie, rougeur, douleur, malaises généraux), compliquée d'un chancre à lésion érosive ou ulcéreuse.

À côté de ces trois formes courantes il faut citer deux variétés rares :

I. *Variété diphthéroïde*. — L'une des formes précédentes se complique d'un exsudat pseudo-membraneux rappelant l'aspect d'une angine blanche.

II. *Variété sphacélique, gangréneuse*. — Elle se manifeste par la production, sur la surface du chancre, d'ilôts ou même de petits placards de gangrène, et s'accompagne quelquefois d'un état général grave, véritable orage infectieux.

L'adénopathie est celle du chancre, le ganglion satellite étant situé au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

Le diagnostic du chancre amygdalien, dit le savant maître de Saint-Louis, n'est pas difficile, mais à une condition : c'est qu'on y pense. Notre attention sera déjà tenue en éveil par l'unilatéralité de la lésion, l'adénopathie satellite et l'induration locale.

La marche de l'affection fera distinguer le chancre de l'épithélioma.

Un examen insuffisant du malade fait souvent commettre l'erreur qui consiste à substituer au diagnostic vrai de chancre, le diagnostic erroné de *mal de gorge ordinaire*, d'angine banale.

Le diagnostic est plus difficile avec :

I. *La plaque muqueuse*. — Considérer

- 1° L'induration des tissus ;
- 2° L'adénopathie caractéristique de la lésion primaire ;
- 3° La chronologie des accidents ;
- 4° L'effet de la cautérisation de la lésion ; son succès sur la plaque muqueuse (Diday).

II. *Les ulcérations amygdaliennes tertiaires*. — Celles-ci ne sont ordinairement pas accompagnées d'adénopathie ; se fonder aussi sur la chronologie des accidents.

III. *L'angine couenneuse*, que l'on distinguera par :

- 1° Son invasion soudaine et à grand fracas ;
- 2° Sa bilatéralité ordinaire ;
- 3° Les symptômes locaux inflammatoires ;
- 4° L'accentuation de ses symptômes généraux ;
- 5° L'absence ou la différence des caractères de l'adénopathie ;
- 6° L'évolution et la durée.

IV. *L'angine diphthéritique*, qui est diffuse, rapidement bilatérale et dans laquelle on décèle le bacille de Löffler.

V. *L'amygdalite lacunaire*, qui manque d'adénopathie, et a une évolution tout autre.

L'affection qui nous occupe évolue comme tout chancre syphilitique en cinq à six semaines, ne présentant qu'exceptionnellement des complications, comme la forme pultacée, une tendance au phagédénisme, et pouvant même parfois s'accompagner d'accidents généraux d'apparence infectieuse.

Traitement. — Dans la période inflammatoire : gargarismes émollients.

Plus tard : gargarismes au chlorate de potasse, au borate de soude.

Pour modifier les surfaces ulcérées : attouchements à la teinture d'iode, à la teinture éthérée d'iodoforme ; cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

L. EGGER.

Tuberculose larvée des trois amygdales, par DIEULAFOY (*Communication à l'Académie de médecine*, 30 avril 7 et 14 mai 1893.)

A la tuberculose aiguë et chronique du pharynx, l'auteur ajoute une troisième forme qu'il désigne sous le nom de *tuberculose larvée* qui se confond, d'une part avec les végétations adénoïdes, d'autre part avec l'hypertrophie simple des amygdales. Le fait ressort clairement des expériences d'inoculation pratiquées à des cobayes avec des fragments de tissu adénoïde ou d'amygdales. Des résultats obtenus par D. il suit que 12 fois sur 100 les hypertrophies amygdaliennes et 20 fois sur 100 les végétations adénoïdes sont tuberculeuses. Cette tuberculose primitive, larvée, reconnaît la pathogénie suivante.

Il est établi, d'une part, que les sujets auxquels tissus adénoïdes ou amygdales hypertrophiés ont été enlevés étaient, héréditairement, ce que l'on est convenu d'appeler des lymphatiques, excellents terrains de culture pour le bacille. D'autre part, la

présence de bacilles tuberculeux virulents dans les cavités nasales d'individus sains est évidente ; de plus, la déglutition d'aliments contenant le bacille de Koch peut infecter les amygdales et le tissu adénoïde du pharynx, alors même que l'épithélium est intact. Ainsi s'explique la première étape de la tuberculose larvée pharyngienne. Cette première étape peut ne pas être franchie, l'infection tuberculeuse étant enrayée ; mais, par contre, le bacille peut aussi évoluer et retentir sur le système ganglionnaire. Cette tuberculose ganglionnaire peut, elle aussi, s'arrêter dans son évolution et guérir ; ou bien, sous l'influence d'infections secondaires, scarlatine, rougeole, coqueluche, évoluer vers la suppuration et se généraliser. C'est là une troisième étape pendant laquelle le bacille pourra encore s'arrêter, d'où la guérison, ou continuer son évolution, d'où la vulgaire tuberculose pulmonaire.

Comme traitement de cette bacillose larvée des trois amygdales, D. recommande : 1° des moyens prophylactiques, éviter l'introduction des poussières de crachats tuberculeux et surveiller l'usage de certains aliments qui peuvent véhiculer les bacilles ; 2° le traitement curatif qui doit être à la fois médical (soutenir l'organisme par une alimentation riche en substances grasses et huileuses et par le séjour au bord de la mer) et chirurgical (ablation des végétations et des amygdales.)

Dans la discussion qui suivit cette communication, Lancereaux fit observer que cette démonstration faite par D. expérimentalement, était déjà prouvée par la clinique. En effet, Lermoyez a établi nettement qu'il existait deux sortes de tuberculose du naso-pharynx, l'une facile à constater en clinique par ses caractères anatomiques ; l'autre, larvée, ne pouvant être reconnue qu'à l'aide du microscope, et simulant de simples végétations adénoïdes. Dans un cas de ce genre, Lermoyez, ayant examiné des végétations adénoïdes qu'il venait d'extirper, les trouva infiltrées de bacilles de Koch, bien que rien n'indiquât à l'œil nu l'existence de tubercules ; dans un autre cas le malade ayant succombé un peu plus tard, il en conclut que les végétations enlevées avaient été le point de départ de la maladie qui l'emportait. Aussi concluait-il de la façon suivante : il faut distraire du groupe des végétations adénoïdes une forme qui mérite le nom de *végétations adénoïdes tuberculeuses*.

En outre, Cornil étudie et compare les résultats fournis par l'examen histologique et l'expérimentation. En ce qui a trait aux tumeurs adénoïdes dont l'examen a été fait sans le contrôle

de l'expérimentation, on trouve, sur environ 70 observations, 4 faits positifs de tuberculose caractérisée par des cellules géantes, sans qu'on ait découvert de bacilles, ce qui fait 1 cas sur 17. Il résulte que les simples constatations de l'histologie donnent une statistique bien plus rassurante que celle de Dieulafoy (1 sur 5), basée uniquement sur l'expérimentation. Celle-ci peut donner des résultats entachés d'erreurs par suite de la structure même des végétations adénoïdes : il peut en effet exister, sur les fragments inoculés, dans le mucus interposé aux végétations, des bacilles qui donneront après l'inoculation la phthisie aux cobayes sans avoir cependant pénétré dans les tumeurs adénoïdes des enfants. Quant aux amygdales hypertrophiées, Cornil n'a jamais trouvé ni cellules géantes, ni bacilles. Là également les causes d'erreurs sont très difficiles à éviter dans la méthode expérimentale, car il est à peu près impossible d'enlever un fragment d'amygdale sans prendre en même temps quelques parties des cryptes amygdaliennes qui renferment des microbes variés et en grand nombre. Or, quand on insère sous la peau du cobaye ou du lapin des fragments septiques quelconques non tuberculeux, on peut voir se développer des granulations de pseudo-tuberculose.

De plus, Dieulafoy n'a pratiqué ni l'examen histologique, ni l'examen bactériologique des tubercules obtenus par l'expérimentation. Cornil conclut donc qu'on ne peut facilement admettre que les amygdales palatines hypertrophiées des enfants soient dues à un processus tuberculeux. L'hypertrophie amygdalienne compliquée de tuberculose peut exister assurément, mais ne se rencontre qu'exceptionnellement et de préférence chez des enfants de souche tuberculeuse.

Cornil revient et insiste sur ce fait : le tissu amygdalien inoculé était-il réellement tuberculeux ou contenait-il simplement à sa surface des bacilles de Koch ? En effet, les cryptes de l'amygdale sont remplies de microbes de toute espèce que l'on inocule avec les fragments amygdaliens. Or, si l'on admet avec Straus que les bacilles de la tuberculose existent parfois à la surface des amygdales de personnes saines, on comprend que l'inoculation d'une telle amygdale puisse fournir des résultats positifs. On ne doit pas en conclure que l'amygdale est tuberculeuse, mais simplement que le bacille de Koch existait à sa surface. L'examen histologique et bactériologique seuls peuvent prouver la tuberculose amygdalienne.

C. ne nie pas la fréquence de la tuberculose amygdalienne, il

en a rapporté de nombreux exemples, mais il ne peut admettre que l'hypertrophie amygdalienne des jeunes sujets soit une lésion tuberculeuse. On trouve, dans ces cas, une hypertrophie très manifeste du tissu adénoïde, une abondance extrême du tissu conjonctif péri-vasculaire, toutes lésions qui conduisent à une sclérose totale de l'amygdale et ne favorisent guère le développement de la tuberculose. On ne doit pas oublier non plus que la tuberculose des ganglions cervicaux n'est pas forcément consécutive à une lésion amygdalienne, et qu'on l'observe à la suite d'altérations des muqueuses du nez, de l'œil, de l'oreille, etc.

Avant de conclure, on doit tenir compte de tous les détails indispensables : structure des tissus inoculés, structure des produits secondaires à l'inoculation, caractère histologique des lésions, présence des bacilles caractéristiques sont autant de points que D. n'a pas précisés.

G. LAURENS.

Des affections de la gorge dans l'influenza, par W. F. B. DONNELLY. (*Brit. med. journ.* 1895, p. 583).

Dans la moitié des cas d'influenza il survient de la toux aussitôt que la courbature a cessé ; cette toux est due à la tuméfaction et à l'allongement de la luette ; souvent aussi il y a amygdalite : les ganglions sont rarement atteints ; ce mal de gorge a rapidement cédé en général à l'emploi d'un gargarisme au salicylate de soude.

Mc C. Morris a également noté la grande fréquence des angines avec inflammation vive des amygdales, de la luette, des piliers ; tous les jours l'intensité du mal varie sur les différents points atteints et l'antisepsie de la bouche et de la gorge n'a pas la moindre influence sur la marche de l'angine, qui s'éteint quand la température revient à la normale.

Alfred Rawlings (p. 584) dit que le remède spécifique contre l'influenza paraît être le salicylate de soude, que l'auteur donne à hautes doses, 1 gr. 20 centigrammes environ toutes les deux ou trois heures ; en général trois ou quatre doses suffisent pour amener la sédation de tous les phénomènes morbides ; c'est en constatant l'analogie des symptômes de l'influenza et de rhumatisme aigu que l'auteur a été conduit à recourir au salicylate.

Suivant John Ferry (p. 530), dans le cours de l'épidémie actuelle d'influenza le mal de gorge est très fréquent, le voile du palais, le pharynx, l'une des amygdales ou les deux sont

rouges foncé et secs, la luette très allongée, la déglutition est peu ou pas douloureuse ; la langue, chargée au début de squame ensuite à la pointe et sur les bords ; le mal de gorge a souvent duré deux ou trois semaines.

J. M. Jollye (p. 698), dit que l'épidémie d'influenza à Alresford est également caractérisée par la présence constante d'une angine avec luette œdémateuse et d'un rouge foncé ; dans presque tous les cas il y a une toux sèche et fatigante, qui augmente dans le décubitus ; l'angine est en général indolente.

M. N. W.

Tuberculose du pharynx, par HARRISON GRIFFIN. (*N. Y. med. journ.* 16 février 1895).

Cas intéressant de tuberculose du pharynx a début insidieux, par une pharyngite folliculaire à petits points d'un gris blanchâtre. Malgré l'intensité de la fièvre, le malade continua à mener une vie très active presque jusqu'au bout. De tous les médicaments essayés, la créosote se montra le plus efficace contre la fièvre. La pharyngite sembla bien être la première localisation tuberculeuse. La mort survint, comme le plus souvent dans les cas analogues, en quatre mois.

A. F. PLICQUE.

Adhérences et rétrécissements pharyngiens et laryngiens dans la syphilis, par HEYMANN. (*Arch. intern. de lar. rhin. et otol.* Tome VIII, n° 2, p. 63, Mars-avril 1895).

Les rétrécissements syphilitiques du pharynx sont toujours le résultat d'ulcérations gommeuses : H. n'admet pas de syphilome infiltré assez épais pour produire cette sténose. Les rétrécissements du rhino-pharynx ont deux sièges de prédilection : immédiatement derrière les choanes et à la limite du pharynx buccal. Il a toujours vu ces formations cicatricielles être circulaires : jamais de brides droites assez importantes pour dissocier le naso-pharynx.

Bien plus fréquentes sont les synéchies entre le voile du palais et le pharynx. Dans la plupart des cas observés par l'auteur la synéchie était asymétrique : on y voyait une perforation centrale accompagnée de petites lacunes latérales.

Le pharynx buccal proprement dit ne présente jamais de sténose : au contraire, on en trouve souvent à la partie inférieure du pharynx, avec ouverture centrale variant du diamètre du

pouce à celui d'un porte-plume. La déglutition est très entravée : les malades mettent deux à trois heures à avaler leur repas. Par contre, il y a peu de dyspnée, l'organisme s'accommode très bien au rétrécissement lent des voies respiratoires.

Les sténoses laryngiennes sont beaucoup plus fréquentes : ici, étant donné l'étroitesse naturelle du larynx, d'autres causes que les ulcérations gommeuses peuvent donner naissance à la sténose : ainsi les infiltrations diffuses, ainsi l'arthrite syphilitique crico-aryténoïdienne. La plupart des adhérences laryngées ont une disposition à peu près horizontale, le plus souvent situées au niveau de la glotte, plus rarement au niveau des cordes vocales supérieures.

L'adhérence prend naissance au niveau de la commissure antérieure et s'avance peu à peu : toujours à la partie postérieure de la glotte reste un orifice de dimension variable.

Au point de vue de la thérapeutique des rétrécissements, H. a obtenu les meilleurs résultats de la dilatation progressive. La pince coupante donne des succès dans les sténoses pharyngées ; naturellement, on ne peut l'employer dans les sténoses laryngées qu'après avoir pratiqué la trachéotomie. D'ailleurs, la difficulté n'est pas de dilater le rétrécissement, mais de maintenir la dilatation.

M. LERMOYEZ.

Ablation d'une tumeur vasculaire du naso-pharynx par J. B. WETH
(de New-York) (*Medical record*, 4^{er} juin 1895).

Le plan suivi pour l'ablation de cette tumeur énorme et prodigieusement vasculaire comporta deux côtés originaux : 1^o la résection du maxillaire supérieur ne fut faite qu'à titre temporaire et l'os fut remplacé et suturé, aussitôt la tumeur qui s'étendait vers l'antre d'Highmore, la fente sphéno-maxillaire et ptérygo-maxillaire enlevée ; 2^o pour parer à l'hémorrhagie on plaça dès le début de l'opération une canule dans la veine médiane céphalique et on tint tout près une certaine quantité de sérum artificiel. Ce sérum fut injecté au cours de l'opération qui dura plus d'une heure et demie. On en injecta en cinq fois deux litres et demi. La réunion de la plaie fut parfaite malgré l'ostéoplastie. Guérison qui paraît durable.

A. F. FLICQUE.

Compte-rendu et considérations sur le service « Croup et angine diphthérique » à l'Hôpital civil de Vérone, 1894, par le Dr C.

CORRADI (Extrait du supplément du *Polielinico di Roma* année I, n° 12).

L'auteur a traité, pendant l'année 1894, 17 cas dont 9 hommes et 8 femmes. Il a eu 10 guérisons et 7 morts. Il a fait 8 fois la trachéotomie avec 4 guérisons et 4 morts.

Il commence par se déclarer entièrement partisan de la doctrine dualiste. Pour lui il y a encore le croup diphtérique, et le croup pseudo-membraneux a frigore ! Il appuie son opinion sur celle de Lennox-Browne.

La suite de ce rapport perd naturellement toute netteté et toute précision par suite de l'adoption de cette opinion pathogénique surannée. Sans rejeter absolument l'intubation, l'auteur essaie de démontrer la supériorité de la trachéotomie. Quant à la sérothérapie, il ne l'a pratiquée que trois fois ! Les conclusions de l'auteur ne sont pas basées sur un nombre suffisant de faits et sa conception du croup leur enlève toute valeur.

H. DU F.

Prothèse laryngo pharyngée, par PÉAN (*Acad. de médecine*, séance du 22 janvier 1895.)

P. présente un malade auquel il a enlevé le larynx et la partie attenante de l'œsophage et du pharynx pour un cancer de la moitié gauche du larynx. Pour combler l'énorme perte de substance qui résultait de cette ablation, tout en maintenant la perméabilité de l'œsophage et de la trachée, il a fait construire un appareil prothétique permettant à la fois d'émettre des sons vocaux, de respirer par les fosses nasales et de faire passer les boissons et les aliments liquides de la bouche dans l'estomac.

M. LERMOYEZ.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

Contribution à l'étude de la phtisie laryngée, par R. LAKE, de Londres (*Am. journ. of. med. sc.*, n° 4, 1895).

D'après les examens auxquels il s'est livré sur de petites portions enlevées dans des larynx tuberculeux, l'auteur pense que les ulcérations ne sont pas primitivement tuberculeuses. Les microbes des premières voies respiratoires pénétreraient à travers

les couches de l'épithélium et y détermineraient de petits abcès. Après leur ouverture ils s'infecteraient secondairement par le bacille de Koch. Il recommande de toucher ces ulcérations avec les antiseptiques et les caustiques (acide chromique, lactique).

M. LS.

Epithélioma pavimenteux lobulé du larynx, par BRINDEL. (*Société d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 10 avril 1895).

L'auteur présente des coupes microscopiques faites sur un épithélioma pavimenteux lobulé du larynx apparu sur la bande ventriculaire droite, en un point où il existe normalement l'épithélium cylindrique. A ce propos M. Coyne fait remarquer qu'à ce niveau il existe beaucoup de glandes et que la tumeur est peut-être un adénome.

G. LAURENS.

Périchondrite des cartilages laryngés, par P. AMBLER (*New-York med. journal*, 4 mai 1895).

Dans la période aiguë de la maladie, A. conseille un traitement local et général actif : sac de glace à l'extérieur, ingestion de morceaux de glace, sangsues, cocaïne dans le larynx, cathartiques, iodure de potassium donné de bonne heure et continué longtemps. Si la dyspnée rend la trachéotomie nécessaire, il faut faire l'incision aussi haut que possible, une incision élevée permettant plus facilement l'ouverture d'un abcès ou l'évacuation d'un séquestre.

Les séquestres, quand ils se forment, doivent être extraits aussitôt que possible. Leur présence est en effet un stimulant à la formation de tissu fibreux et par suite une cause de sténose.

Les adhérences doivent être surveillées soigneusement, sectionnées avec le bistouri intralaryngé, dilacérées avec le dilateur. Parfois il sera nécessaire d'enlever des parties exubérantes à la curette, à la pince coupante ou à l'anse galvanique.

A. F. PLICQUE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

FRANCE

Oreille.

A. Courtade. Anatomie, physiologie et séméiologie de l'oreille (Un vol. de 207 pages de la bibliothèque médicale Charcot-Debove, reliure peau souple, Rueff, éditeur, Paris 1894).

Charlier. Otite grippale avec paralysie faciale (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 mai 1894).

G. Fournier. Des accidents déterminés par la perforation du lobule de l'oreille (*Journ. des mal. cutanées et syphil.*, juin 1894).

P. Bonnier. Orientation auditive (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, avril 1894).

Jany. Du rapport des maladies de l'oreille moyenne avec les affections du rhino-pharynx (*Thèse de Paris*, juillet 1894).

Itard. Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron ; l'idiotie et la surdité, avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve, Eloge d'Itard par Bousquet. Préface par Bourneville (In-8° de 200 pages. au Progrès méd., Paris, 1894).

Ledouble. Malformation des muscles de l'oreille (*Journ. de l'anat.*, n° 1, 1894).

Ducellier. Le traitement de la phlébite du sinus latéral d'origine auriculaire par le curettage de ce sinus (*Thèse de Paris*, juillet 1894).

Guillaume. Corps étranger de l'oreille (Soc. de méd. de Reims, 6 juin ; in *Union méd. du Nord-Est*, juillet 1894).

E. Rochon. Chancre induré du lobule de l'oreille (*Médecine moderne*, 21 juillet 1894).

H. Kucharzewski. Un cas d'abcès du cerveau (*Progrès méd.*, 21 juillet 1894).

Coyne et Cannieu. Sur l'insertion de la membrane de Corti (Acad. des sciences, séance du 9 juillet 1894).

H. Mendel. Troubles réflexes produits par la présence de bouillons cérumineux (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 28 juillet 1894).

J. Ladreit de Lacharrière et A. Castex. Indications et contre-indications du traitement marin dans les affections des oreilles, du nez et du larynx (Congr. d'hydrothérapie marine, Boulogne-sur-Mer, 27 juillet ; *France méd.*, 3 août 1894).

Hermet. De l'eczéma du conduit auditif externe (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, mai 1894).

A. Jouslain. Surdité et cécité du côté droit survenus chez le coiffeur Mauric, consécutivement à un coup de revolver qu'il reçut en

pleine poitrine de l'anarchiste Henry ; présentation du malade (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, mai 1894).

Guément. Otorrhée rebelle datant de 1888, nécrose du limaçon ; opération de Stacke ; guérison (*Ann. de la polyclin. de Bordeaux*, juillet 1894).

F. J. Collet. Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif (*Thèse de Lyon*, juillet 1894).

Chambellan. Otite moyenne scléreuse syphilitique (Ass. franç. pour l'avanc. des sciences, 23^e session, Caen, août 1894).

Guyonet. Sur quelques cas de malformations des oreilles et de tumeurs congénitales de la région pré-auriculaire (*Thèse de Bordeaux*, juillet 1894).

A. Demmler. Coup de feu du conduit auditif externe. Fracture du rocher. Déchirure par contre-coup des circonvolutions temporales moyenne et inférieure. Lésions latentes. Considérations sur l'intervention comme moyen de diagnostic dans les coups de feu du crâne (*Gaz. des hôp.*, 30 août 1894).

Gellé. Du traitement des bourdonnements d'oreille (*Tribune méd.*, 30 août 1894).

Labit. Trois cas de maladie de Ménière. Traitement par les injections hypodermiques de pilocarpine (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} septembre 1894).

Bassouls. La lecture sur les lèvres (*La voix parlée et chantée*, septembre 1894).

E. Ménière. Observation d'un corps étranger du conduit auditif externe (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet 1894).

A. Courtade. Curseur indicateur pour cathéter de la trompe (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet 1894).

A. Jouslain. Diapason électrique (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet 1894).

P. Bonnier. I. Centres vestibulaires corticaux. La pariétale ascendante. — II. Homologation morphogénique de l'oreille interne (*Bull. et mém. de la soc. de lar. otol. et rhin. de Paris*, juin-juillet 1894).

Thomas. Note sur le traitement de l'otite interne (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 septembre 1894).

Grand. De l'influence du climat sur les affections auriculaires et naso-pharyngiennes (*Lyon méd.*, 30 septembre 1894).

E. Chappet. Notice historique sur l'instruction des sourds-muets (*Lyon méd.*, 16, 23 et 30 septembre 1894).

A. Broca. Abscès du cerveau et méningite consécutifs à des supurations de l'oreille moyenne (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 14, juillet 1894).

Vidal. Collection vermineuse (ascaries) développée dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde et ouverte spontanément à l'extérieur (*Journ. de clin. et therap. infant.*, 27 septembre 1894).

A. Courtade. Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille (Un vol. de 338 pages. A. Maloine, éditeur, Paris, 1895).

Marinisco. Origine des fibres vaso-motrices du nerf grand auriculaire chez le lapin (*Archives de pharmacodynamie*, n^o 1, 1894).

A. Broca. 87 trépanations de l'apophyse mastoïde (Congrès français de chir., Lyon, octobre 1894).

Mignor. Abscès otique du cerveau (Soc. de chir. de Paris, séance du 17 octobre 1894).

C. Hennebert. A propos d'un cas d'otite moyenne aiguë (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} novembre 1894).

E. B. Dench. Utilité des opérations sur l'oreille moyenne pour améliorer la fonction de l'ouïe (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 1^{er} novembre 1894).

P. Garnault. Les interventions opératoires et leurs indications dans les affections du récessus épitympanique et de la région mastoïdienne (*Clinique française*, 25 octobre et novembre 1894).

Gellé. Torticollis *ab aure læsa* (Congrès de méd. interne, Lyon, octobre 1894).

Laricq. Du traitement des suppurations mastoïdiennes (Thèse de Paris, novembre 1894).

Leriche. Trépanation du rocher pour balle de revolver (8^e congrès français de chir., Lyon, octobre 1894).

R. Le Fort. Un signe nouveau de certaines fractures de la base du crâne; otorrhagie croisée (*Gaz. des hôp.*, 27 novembre 1894).

J. Collet. Contribution à l'étude pathogénique des troubles auditifs du tabes, (*Progrès méd.*, 8 décembre 1894).

A. Barbier. Corps étrangers de l'oreille (*Journ. de clin. et thérap. infantiles*, 13 décembre 1894).

Hermet. Contribution à l'étude de la syphilis de l'oreille (Soc. franç. de derm. et syphil., 13 décembre 1894).

Cocheril. Essai sur la restauration du pavillon de l'oreille (Thèse de Paris, décembre 1894).

H. Burger. Otoplastie dans les malformations congénitales du pavillon (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 novembre 1894).

L. Picqué. Complications cérébrales de l'otite moyenne. Rapport sur une observation de Mignon (Soc. de chir. de Paris, séance du 19 décembre 1894).

M. Bleyer. Cécité acoustique et l'éducation de l'oreille: 1^o en tant qu'agent pratique dans l'étude de l'acoustique; 2^o avec remarques préparatoires à l'éducation de la voix et à l'étude de la musique (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 novembre 1894).

Gérard-Marchant. Abscès cérébraux d'origine otique (Soc. de chir. de Paris, séance du 26 décembre 1894).

L. Picqué. L'otite et les abcès encéphaliques (Soc. de chir. de Paris, séance du 2 janvier 1895).

H. Saint-Martin. De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher (Thèse de Lyon, décembre 1894).

P. Bonnier. Tension normale des liquides labyrinthiques et céphalo-rachidiens (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol.*, 4 janvier 1895).

F. J. Collet. Les troubles auditifs du tabes (*Presse méd.*, 12 janvier 1895).

C. Bonthoux. De l'étiologie otique de certains cas de paralysie faciale dite *a frigore* (Thèse de Lyon, décembre 1894).

H. Dor. Sclérodémie du pavillon de l'oreille (Soc. des sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 20 janvier 1895).

Pierre. De la nature des maladies dites scrofuleuses des yeux, des oreilles, du nez, du pharynx et de leur traitement au bord de la mer à Berck (*Thèse de Paris*, janvier 1895).

P. Bousquet. Deux cas de déchirure du tympan simulant une fracture du crâne (*Arch. clin. de Bordeaux*, décembre 1894).

Hermet. De l'eczéma du conduit auditif (Soc. méd. de l'Elysée, 3 décembre 1894; in *Journ. de méd. de Paris*, 27 janvier 1895).

Mayet. Quelques considérations sur le développement du conduit auditif externe (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 26, décembre 1894).

P. Bonnier. Sur l'inertie des milieux auriculaires (*Comptes rendus heb. des séances de la soc. de biol.* 8 février 1895).

A. Courtade. Phlyctènes hémorragiques du tympan et du conduit auditif externe (*Journ. de méd. de Paris*, 17 février 1895).

A. Boyer. La méthode auriculaire dans l'enseignement des sourds-muets; traitement pédagogique de la surdité (*La voix parlée et chantée*, janvier 1895).

P. Garnault. Peut-on tirer de la forme du crâne des conclusions sur les dispositions anatomiques rendant plus ou moins dangereuses les opérations sur le rocher? (*Comptes rendus heb. des séances de la soc. de biol.*, 22 février 1895).

H. Luc. Présentation d'un malade opéré d'ouverture attico-mastoïdienne pour une ostéite fongueuse ancienne avec application de lambeaux cutanés sur la brèche osseuse (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, janvier-février 1895).

P. Bonnier. I. Le limaçon membraneux considéré comme appareil enregistreur. — II. Fonctions de la membrane de Corti (*Comptes rendus heb. des séances de la soc. de biol.*, 1^{er} mars 1895).

P. Garnault. Précis des maladies de l'oreille (In-12 cartonné diamant tranches rouges de 550 pages, avec 173 figures dans le texte, O. Doin, éditeur, Paris 1895).

Pauchet. Du traitement des furoncles du conduit auditif (*Thèse de Paris*, mars 1895).

Souza-Leite. Des polypes de l'oreille et de leur traitement (*Thèse de Paris*, mars 1895).

A. Broca et F. Lubet-Barbon. Des suppurations mastoïdiennes et de leur traitement (In-8° de 260 p. G. Steinheil. Paris, 1895).

P. Hélot. Fréquence de la surdité dans les écoles (*Normandie méd.*, 15 mars 1895).

X. Planat. Du syndrome de Ménière chez les jeunes sujets (*Thèse de Lyon*, janvier 1895).

P. Mermet. Fibro-chondrôme calcaifié du pavillon de l'oreille (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 27, décembre 1894).

Cocheril. Vaisseaux du pavillon de l'oreille (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 2 mars 1894).

Villar. Deux cas de surdité consécutive aux oreillons (*Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 3 février 1895).

P. Garnault. Anatomie chirurgicale du temporal (*Gaz. méd. de Paris*, 6 avril 1895).

Malherbe. L'évidement pétro-mastoldien dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne (*Thèse de Paris*, avril 1895).

G. Bacon. Cas d'otite moyenne suppurative aiguë et d'affection mastoldienne compliqué de glycosurie et de ce qu'on appelle un érysipèle « blanc » occupant le cuir chevelu. Opération. Guérison (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 avril 1895).

A. Courtade. Prophylaxie des maladies de l'oreille (Congrès des soc. sav. Paris, avril 1895).

Daleine. Des paralysies faciales otitiques et de leur traitement chirurgical (*Thèse de Paris*, mai 1895).

M. Gangolphe et Siraud. De la voie préauriculaire dans les interventions sur le conduit auditif et le rocher (*Rev. de chir.*, 10 avril 1895).

Marchal. Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne (*Thèse de Paris*, mai 1895).

A. Courtade. Traitement des corps étrangers de l'oreille (*Bull. gén. de therap.*, 30 avril 1895).

C. Miot et Herck. Traitement des bourdonnements d'oreilles (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 1^{er} mai 1895).

H. Luc. Résultat d'une statistique de treize cas d'ouverture large des cavités de l'oreille pour la cure radicale d'otorrhées rebelles (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 2 mai 1895).

Vacher. Note sur un cas d'otite moyenne double avec complication de délire furieux (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 2 mai 1895).

E. Dasque. Deux cas de surdité consécutive aux oreillons (*Bull. et mém. de la soc. d'opt. lar. otol. et rhin. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, novembre et décembre 1894).

F. Mounier. I. De la synergie auriculaire exagérée. — II. De l'électrisation dans certaines affections auriculaires (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 et 4 mai 1895).

M. Lannois. Rupture du tympan chez un pendu (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

Lacoarret. Cholestéatome de l'oreille moyenne. Trajet fistuleux. Vertige de Ménière (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

Hamon du Fougeray. Du tamponnement méthodique du conduit auditif externe par la gaze iodoformée comme mode de pansement dans les affections inflammatoires de l'oreille et spécialement dans les suppurations de la caisse du tympan (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 3 mai 1895).

Gellé. Des œdèmes phlegmoneux sous-cutanés pré-auriculaires (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

M. Lermoyez et F. Helme. De l'asepsie en otologie, rhinologie et laryngologie (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

Molinié et Dauriac. Un cas d'otorrhagie double au cours de la fièvre typhoïde (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

Augiéras. Bourdonnements d'oreilles d'origine synesthésique (Soc. franç. de lar. et otol., Paris, 4 mai 1895).

A. Royer. Du traitement des maladies chroniques de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx au moyen de l'eau minérale de Challes (Broch. de 40 p. Impr. Savoisienne, Chambéry, 1895).

P. Bonnier. Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille in-

terne et les centres oculo-moteurs (*Comptes rendus hebdomadaires de la société de biologie*, 17 mai 1895).

Cannieu. Recherches embryologiques sur le nerf auditif des poissons osseux (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 mai 1895).

Leloir. Du rôle joué par les agents de la suppuration dans les déchirures du lobule de l'oreille chez les malades porteurs de boucles d'oreilles (*Nord médical*, 1^{er} avril 1895).

Anderodias. Contribution au traitement chirurgical des otites chroniques suppurées rebelles par l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne (*Thèse de Paris*, juillet 1895).

NOUVELLES

V^e Congrès International d'Otologie de Florence.

(23 au 26 septembre 1895.)

Le 5^e Congrès International d'Otologie de Florence a remporté le plus grand et le plus franc succès malgré la courte distance qui le séparait du Congrès International de médecine de l'année 1894 à Rome, et qui aurait pu faire craindre un échec. Près de cent membres ont répondu à l'appel du Prof. V. Grazzi et des membres du comité d'organisation. Les communications ont été nombreuses et quelques unes offraient un intérêt très réel ; nos lecteurs pourront, du reste, apprécier le mérite de ces communications d'après le compte rendu in-extenso que nous publierons avant la fin de l'année et dont a bien voulu se charger notre savant ami, le Prof. Gradenigo. La plus grande cordialité a régné dans cette assemblée et la ville de Florence a bien voulu s'associer officiellement aux réceptions qui ont été faites aux membres du Congrès ; le Prof. Grazzi et sa très charmante femme ont fait aux Congressistes et à leurs familles un accueil splendide dans le vieux et fastueux palais de Peruzzi qu'habite notre confrère.

A. G.

Le Monument de Wilhelm Meyer.

Comme le faisait pressentir la notice que nous avons publiée les premiers en France, une souscription est ouverte pour élever à la mémoire de ce grand médecin, l'inventeur des végétations adénoïdes, le monument digne de cette importante découverte dont nous n'avons plus à apprécier les bienfaits. Ce sont, avons-nous dit, les médecins anglais qui ont pris l'initiative, à la réunion de leur association en 1895, de ce mouvement, à la tête duquel nous voyons le nom de F. Semon. Le Dr Semon s'est entendu avec quelques-uns de ses amis pour organiser dans

les autres pays des souscriptions analogues et c'est en France, le Dr Moure qu'il a choisi pour centraliser les sommes souscrites à cet effet. Notre confrère de Bordeaux a nommé dans ce but une commission de quelques membres et a demandé à un des directeurs des *Annales*, M. le Dr Lermoyez, de vouloir bien être le trésorier de la souscription française. Ainsi, ceux de nos lecteurs qui voudront s'associer à cette œuvre voudront bien envoyer leur souscription à M. le Dr Lermoyez, 20 bis, Rue de la Boétie. Les noms des souscripteurs seront publiés à l'article *Nouvelles* de notre publication.

A. G.

VI^e Congrès International d'Otologie.

Le VI^e Congrès International d'Otologie se réunira à Londres en 1899, le comité International d'Organisation est composé ainsi qu'il suit.

Allemagne.

LUCAE et HARTMANN (Berlin), BEZOLD (Munich), KIRCHNER (Würzburg), BRIEGER (Breslau).

Amérique.

C. J. BLAKE et ORNE GREENE (Boston), A. H. BUCK, H. KNAPP, et ST JOHN ROOSA (New-York), L. TURNBULL, A. B. RANDALL et C. H. BURNETT (Philadelphie), G. HOLMES (Chicago), W. H. DALY (Pittsburgh), BERKAN (San-Francisco), A. W. DE ROALDES (Nouvelle Orléans).

Angleterre.

BALLANCE, A. E. CUMBERBATCH, SIR WILLIAM DALBY, G. P. FIELD, DUNDAS GRANT, T. MARK HOVELL, U. FRITCHARD W. L. PARNES, SAINT CLAIR THOMSON (Londres), CRESSWELL BABER (Brighton), T. BARR (Glasgow), A. BRONNER (Bradford), J. W. BROWNE (Belfast), FITZGERALD (Dublin), P. MAC BRIDE (Edimbourg), W. PIERCE (Newcastle) et STONE (Liverpool).

Autriche-Hongrie.

POLITZER (Vienne), MORPURGO (Trieste), ZAUFAL (Prague) BÖCKE et SZENES (Budapest).

Belgique.

DELSTANCHE, CAPART, HICGUET et GORIS (Bruxelles); DELIE (Ypres), SCHRIFTERS (Liège), EEMAN (Gand).

Danemark.

SCHMIEGELOW et H. MYGIND (Copenhague).

Espagne.

SUNE Y MOLIST, R. BOTÉY et VERDOS (Barcelone) GONZALES ALVAREZ et URUNUELA (Madrid), R. DE LA SOTA Y LASTRA (Séville), MORESCO (Cadix), CASANOVA (Valence).

France.

GELLÉ, GOUGUENHEIM, LUBET-BARRON, BARATOUX, MÉNIÈRE, LERMOYER et HELME (Paris), LANNOIS (Lyon), MOURE (Bordeaux), NOUET et WAGNIER (Lille).

Hollande.

GUYE et ZWAARDEMAKER (Amsterdam), VAN HÔEK (Nimègue), MOLL (Arnheim).

Italie.

GRAZZI (Florence), GRADENIGO (Turin), DE ROSSI, FERRERI et CHIUCINI (Rome), COZZOLINO (Naples), AVOLEDO (Milan), SECCHI (Bologne), MASINI (Gènes), BRUNETTI et PUTELLI (Venise), CORRADI (Vérone), BOBONE (San Remo).

Russie et Pologne.

RUHLMANN (Saint-Petersbourg), STEPANOV et DE STEIN (Moscou), BENNI (Varsovie).

Suède.

SWANBERG et CETERBLAD (Stockholm).

Suisse.

SECRÉTAN (Lausanne), RÖHRER (Zürich) COLLADON (Genève).

Aucun concurrent ne s'étant présenté pour le *prix Lenval*, il a été décidé de modifier le règlement du Concours; les intérêts des 3,000 fr. accumulés d'un Congrès International otologique à un autre seront attribués à l'auteur du plus grand progrès apporté au traitement pratique des affections auriculaires dans ce laps de temps et à l'auteur d'un nouvel appareil portatif destiné à améliorer notablement l'ouïe des malades.

Le Prof. BARTH, de Marbourg, a accepté la chaire de Laryngo-otologie de l'Université de Breslau.

Le Congrès français de Chirurgie s'est réuni à Paris le 21 octobre dernier. Parmi les communications inscrites au programme, nous citerons :

Traitement des tumeurs du corps thyroïde, par TILLAUX (Paris). Sur la laryngotomie, par PÉRIER (Paris). Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par BROCA (Paris). Sur un cas de rhinoplastie, par JONNESCO (Bucarest). Deux cas d'ostéome du conduit auditif, par MOURE (Bordeaux).

Nous lisons dans les *Archiv. f. Ohrenheilkunde* que depuis le mois de Janvier 1895 il existe une chaire d'*Oto-rhino-laryngologie* à Christiana et qu'elle a été confiée au Prof. extraordinaire UCHÉLMANN.

Celui-ci vote et siège à la Faculté de Médecine, mais il ne fait pas passer d'examens.

Le Congrès Italien de Médecine Interne s'est tenu à Rome à la fin d'Octobre. Nous trouvons à l'ordre du jour :

Sur l'étiologie de la maladie de Basedow, par SILVA. Recherches cliniques et expérimentales sur la toxine et l'antitoxine diphtérique, par ZAGARI et CALABRESE. Contribution à l'étude des troubles vasomoteurs de la maladie de Basedow, par QUEIROLO et CAVAZZANI. Une série de cas de diphtérie traités par la sérothérapie par MYA.

Le Président du V^e Congrès International d'Otologie, notre excellent ami GRAZZI, de Florence, vient d'être nommé *Professeur extraordinaire* d'Oto-rhino-laryngologie à l'Université de Pise.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diatase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALLIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 28 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÂBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SOLUTION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du Dr Désiré).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Sur le prolapsus du ventricule de Morgagni, par O. CHIARI (Tirage à part de la *Wiener klin. Woch.* N° 27, 1895).

Autoscopie des voies aériennes, par A. KIRSTEIN (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.* N° 38, 1895).

Sur la toux auriculaire, par M. BREITUNG (Tirage à part de la *Deuts. med. Zeit.* N° 60, 1895).

Suppuration nasale, par M. BRESGEN (Tirage à part à la *R. Encyclop. der gesamm. Heilk.* 1895).

Clinique des maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles, rue Gastelier, 57, au Mans; 1^{re} année du 16 juillet 1894, au 16 juillet 1895 Statistique, par HAMON DU FOUGERAY (Impr. E. Monnoyer, Le Mans, 1895).

Cours complémentaire d'Oto rhino-laryngologie de l'Université de Pise. Leçon de clôture de l'année scolaire 1894-95 par V. GRAZZI (Extrait de l'*Arch. intern. delle spec. med. chir.* fasc. VIII, août 1895).

Etudes cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie; leur pratique et enseignement actuels en Europe. Fasc. IV. Oto-rhino-laryngologie en Angleterre par R. BOTRY. (Vol. de 418 pages. Impr. N. Moya. Madrid, 1895).

Essai sur la distribution géographique de la surdi-mutité en Italie. par A. d'AGNAUO (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, gola e naso*, N° 5, 1895).

Aphonie et surdité hystérique, par A. TRIFILETTI (Extrait de l'*Arch. ital. di otol. rin. e lar.* juillet 1895).

Recherches expérimentales sur la physio-pathologie des nerfs laryngés inférieurs, par A. TRIFILETTI (Extrait des *Arch. ital. di lar.* fasc. 3, 1895).

Des pharyngites chroniques et de leur traitement par le phénol sulfuriciné, par V. BLONDIAU (Broch. de 12 pages. O. Doin éditeur, Paris 1895).

Un cas de myxoedème avec ascite traité par l'extrait thyroïdien, par GODART DANHIRUX (Extrait du *Journ. de la soc. royale des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, N° 28, 1895).

Discours lu par le Prof. V. GRAZZI à l'inauguration du V^e Congrès International d'Otologie de Florence (Tipog. Cooperative Florence, 1895).

Surdité labyrinthique et surdité verbale. Contribution clinique à l'étude de l'aphasie sensorielle sous-corticale ainsi que des troubles de la parole chez les sourds-muets entendants, par C. S. FREUND (Un vol. de 115 pages, prix 3 m. 60, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden 1895).

Les affections tuberculeuses de l'oreille d'après 39 autopsies de Bezold, par J. HEGETSCHWEILER. (Un vol. de 153 pages, prix 4 m. 60, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1895).

Sur un nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en otorhinologie. Contribution à l'étude physiologique de cet anesthésique, par V. TEXIER (Broch. de 95 pages, G. Steinheil éditeur, Paris 1895).

Sur les manifestations auriculaires de l'hystérie, par G. GRADENIGO. (Un vol. de 265 pages avec diagrammes dans le texte, prix 6 fr. Unione. Tipog. Edit. Turin 1895).

Quelques néoplasmes laryngiens intéressants, par W. F. CHAPPELL (Extrait du *Manhattan eye and ear hosp. reports*, janvier 1895).

Le Gérant : G. MASSON.

